As Pestes do Século XX

tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada

Dilene Raimundo do Nascimento

Coleção História e Saúde

As Pestes do Século XX

tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada

As Pestes do Século XX

tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada

Dilene Raimundo do Nascimento

Coleção História e Saúde

ISBN: 85-7541-052-0

Capa e projeto gráfico
Angélica Mello, Guilherme Ashton e Daniel Pose

Ilustração da capa
A partir de cartaz da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, 1922

Editoração eletrônica
Guilherme Ashton

Revisão
Cíntia Bravo de Souza

Supervisão editorial
Janaina de Souza Silva e Marcionílio Cavalcanti de Paiva

Catalogação-na-fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

N244p Nascimento, Dilene Raimundo do

As Pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada. / Dilene Raimundo do Nascimento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

196p. ilus (Coleção História e Saúde)

1.Tuberculose-história-Brasil. 2.Síndrome de imunodeficiência adquirida-história-Brasil.

CDD - 20.ed. - 616.9

2005
EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036 - 1º andar - sala 112 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ
Tel.: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
http://www.fiocruz.br/editora

Ao meu pai Manoel,
que preferia o nome Raimundo (*in memoriam*),
à minha mãe Diva e às minhas filhas
Maria, Isabel e Luna.

No horizonte da morte
todos se nivelam no amor

Anônimo

Sumário

Prefácio

O título deste livro fixa, para qualquer leitor, o sentido de uma palavra-chave: peste. Ao se abrir o dicionário, a palavra está definida como 'calamidade', 'flagelo' e como 'doença' contagiosa grave, epidemia com grande poder de mortandade. Em sentido figurado, peste é toda pessoa ou coisa má, funesta e perniciosa, capaz de causar medo e espanto. Mas como a língua portuguesa no Brasil traduz as enormes riquezas e ambigüidades de nossa cultura, a palavra peste pode também ser dotada de significado positivo, quando se diz que "um cabra é bom da peste". Contudo, neste livro, é com o significado primeiro, altamente negativo e ameaçador, que a palavra peste será tratada. Isso porque, ela está diretamente associada ao tipo de mal que constitui seu sentido original e maior: a doença. Um tipo de mal que, por princípio, a todos pode atingir, independentemente de fronteiras geográficas e sociais e, diante do qual, sobretudo em certos casos, o homem se vê sem qualquer proteção.

Não é casual, portanto, que entre os quatro terríveis cavaleiros do Apocalipse, uma das mais potentes representações do mal no imaginário ocidental, um seja a peste em formato de doença. Não é casual, igualmente, que em modernas teorias de ciência política, a doença contagiosa que mata muito e rapidamente seja escolhida como a melhor figuração do que se chama 'mal público', quer dizer, um mal que a todos pode atacar sem qualquer limite, exigindo, por isso, a mobilização da sociedade e a intervenção efetiva do Estado. A peste, como doença, é, assim, um fato biológico e político, sendo potente estimulador de representações sociais e de políticas públicas.

Em sentido amplo, é precisamente essa a problemática que o livro enfrenta ao trabalhar com as duas pestes do século XX: a tuberculose e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids). Dilene Raimundo do Nascimento, formada em Medicina, realizou a pesquisa como tese de doutorado em História, no Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal Fluminense (UFF). Tal formação esclarece, em boa parte, a densidade e originalidade do tipo de abordagem realizada. Isso porque, como se diz desde o início, não se trata de realizar uma história dessas doenças sob o ponto de vista de conceituações biológicas, mas de acompanhar, de forma comparada, as representações construídas sobre elas como estratégia crucial para a compreensão de como foram conceituadas e enfrentadas pela sociedade e pelo Estado. A hipótese que orienta toda pesquisa, por conseguinte, é a de que nenhum fato, ação ou visão correlacionados às duas doenças poderiam ser entendidos sem levar em conta a dinâmica cultural que os preenche de sentidos simbólicos. Ou seja, que nada que envolva tais doenças pode ser encarado como 'neutro/objetivo', nem em termos científicos, nem políticos, nem em quaisquer outros termos. Tudo que vem a elas relacionado, absolutamente tudo, vem carregado de grande força simbólica. E, nos dois exemplos, a força é a do medo de aniquilamento físico e moral dos indivíduos e da sociedade como um todo, razão pela qual o Estado até pode tardar a participar dessa história, mas dela não consegue escapar.

Este livro traz uma história comparada das representações sociais de duas doenças consideradas internacionalmente como as pestes do século XX, mas delimitadas no contexto da sociedade brasileira, com questões e em períodos de tempo bem específicos, como requer a boa metodologia da disciplina. Assim, a tuberculose e a Aids tiveram o estudo de suas representações circunscritos aos contextos históricos em que ambas eram consideradas doenças transmissíveis e incuráveis. Vale dizer, a tuberculose, das décadas finais do século XIX até os anos de 1920, quando se estabeleceram políticas públicas para seu enfrentamento, o que foi assinalado pela criação da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose. A Aids, a partir de sua identificação e definição como um 'novo mal', por volta do início da década de 1980 até o ano de 1996, quando se passou a conhecer e administrar um tipo de tratamento – o chamado coquetel –, que permitiu que se cunhasse a expressão/percepção, 'viver com Aids'.

Dois momentos paradigmáticos: um abrindo e o outro fechando o século XX. O que permite uma incursão sobre formas de mobilização social

e políticas públicas no Brasil que, como a autora demonstra, guardam várias convergências e também divergências esclarecedoras. Mas não se pense que a tuberculose entra nessa história como uma doença do 'passado' *pari passu* à Aids, uma doença 'moderna', que assolaria os corpos e mentes do século XXI. A tuberculose, se não é mais uma doença incurável, como era no início do século XX, mata assustadoramente no mundo atual. Segundo balanços recentes, cerca de dois a três milhões de pessoas morrem anualmente por ação de uma das maiores assassinas da humanidade, como é tratada, pelos médicos, a bactéria causadora da tuberculose. Com tal advertência de fundo, o presente livro ganha ainda maior importância e contemporaneidade, pois se muito já foi feito no enfrentamento de ambas as doenças, muito ainda há que se fazer.

A pesquisa publicada propõe uma reflexão comparada sobre o tipo de respostas articuladas pelos diversos agentes sociais nela envolvidos, a começar pela comunidade médica e pelos próprios doentes, passando por segmentos da sociedade mais ou menos organizados em movimentos sociais, até alcançar o aparelho de Estado, produzindo-se então políticas públicas. Uma trajetória cheia de percalços, de idas e vindas, que sempre está carregada das representações compartilhadas sobre tais doenças. Por essa razão, um dos pontos altos do trabalho é a análise de como se desenvolvem mecanismos de estigmatização dos vitimados, o que está profundamente vinculado às explicações construídas para as 'causas' das doenças, o que nos remete tanto à situação do conhecimento científico (seria melhor dizer da ignorância) sobre elas quanto do imaginário coletivo que as teme e representa de formas ambíguas e ameaçadoras.

No caso da tuberculose, também chamada de peste branca, vale lembrar uma certa romantização ocorrida em determinadas épocas, o que se associava a nomes de intelectuais e musas inspiradoras que sofriam da doença. No Brasil do século XIX, literatos como José de Alencar, Castro Alves e Álvares de Azevedo tiveram tuberculose; já no século XX, o boêmio e compositor Noel Rosa, dentre muitos outros famosos. Mas esse 'charme', digamos assim, não afastava o medo da morte certa e sofrida, nem freqüentava o ambiente das fábricas, sobretudo as de tecidos, onde um operariado, em grande parte composto por mulheres trabalhando em péssimas condições de higiene, tinha na doença quase um destino previsível. Nenhum romantismo, nesses casos; apenas uma doença operária, fruto de muita pobreza e falta de alternativas. Algo razoavelmente distinto do que

acontece quando dos primeiros casos identificados como Aids. Então, as representações sociais das 'causas' dessa doença, que demora um pouco para ser considerada 'nova', são exemplares de seu tempo histórico. Elas vão da hipótese de um vírus criado em laboratório – um desses laboratórios de agências tão secretas quanto completamente destituídas de escrúpulos, que a Guerra Fria e o cinema de ficção científica nos fez conhecer –, até a sempre potente idéia de um castigo divino, adequada à defesa da moral e dos bons costumes. A luxúria e o desregramento físico e moral de homens e mulheres trazia conseqüências terríveis para eles mesmos e para a sociedade, uma vez que tais 'pecadores' se transformavam em portadores da morte em cadeia, devendo ser temidos e afastados do convívio maior.

Tanto no caso da tuberculose quanto no da Aids, essas representações tiveram forte circulação, impactando possibilidades de ação contra as doenças. Nesse sentido, o estudo de Dilene Raimundo do Nascimento mostra uma dinâmica muito interessante ao comparar o que ocorre no Brasil na mobilização para o combate à tuberculose e à Aids. Em ambos há, sem dúvida, uma primeira mobilização da sociedade, envolvendo os próprios doentes e aqueles que lhe estão próximos e/ou lhe são solidários por variados motivos. Mas há distinções que evidenciam o avanço dos movimentos sociais no país, o que tem a ver com o avanço internacional da mobilização social, traduzido no aparecimento das chamadas organizações não-governamentais, as ONGs, a partir da segunda metade do século XX. Assim, as primeiras mobilizações contra a tuberculose vieram de lideranças do campo médico em aliança com intelectuais e políticos, tendo em vista a articulação de campanhas que esclarecessem a população sobre os meios de evitar o contágio e tratar da doença, tornando-a conhecida. Daí resulta a formação de movimentos e instituições sociais com finalidades humanitárias e patrióticas, pois as primeiras décadas do século XX foram um tempo de nacionalismos e de combate aos males que provocavam o atraso do país. Dentre eles, com destaque, estava a doença, sendo a tuberculose das mais fatais.

A Liga Brasileira contra a Tuberculose, organizada em 1900, é o melhor exemplo desse grande esforço. Sua atuação por meio da propaganda, feita em conferências e diversas campanhas 'publicitárias', exemplarmente estudadas pelas imagens de seus cartazes, teve desdobramentos significativos, quer no que diz respeito à conscientização da sociedade, quer no que se refere à pressão exercida sobre o Estado. Nesse sentido, a

criação da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, em 1923, é uma espécie de coroamento dessas ações, incorporando suas prescrições quanto à importância dos dispensários e das enfermeiras visitadoras no tratamento da doença e na formação de pessoal especializado para fazê-lo. A Liga, sustentada por doações de sócios, de igrejas, de empresários e também do poder público, foi a única a cuidar da questão da tuberculose, por mais de uma década, sendo integrada por vários médicos, muitos dos quais se tornaram tisiologistas por terem sido portadores da doença. Mas, como a autora observa muito bem, não era com a identidade de ex-tuberculosos, de vítimas da 'peste branca', que esses homens falavam para a sociedade e para o Estado. Era com a autoridade da ciência e acreditando na medicina, como instrumento de modernização e progresso do país, que eles assumiram a liderança do movimento e, igualmente, a formulação e execução de políticas públicas, quando elas passaram a existir.

Algo diverso do que ocorreria na década de 1980, quando da mobilização social voltada para o combate à Aids. Após a identificação e a ocorrência das primeiras mortes que atingiram homossexuais, toxicômanos e hemofílicos, um processo talvez mais duro e certamente mais rápido de estigmatização da doença e dos doentes se desencadeou. Porém, como a pesquisa destaca, eles resolveram não morrer em silêncio e se mobilizaram formando organizações numa velocidade tão grande quanto a da disseminação da Aids e a do pânico que ela desencadeou. Portanto, nesse exemplo, são os próprios vitimados, naturalmente aliados aos que lhes são solidários, que vão capitanear as ações e demandas de enfrentamento da Aids. Diferentemente dos movimentos contra a tuberculose, é do lugar de doentes condenados à morte e com a voz e autoridade daqueles cujo interesse e missão é salvar basicamente o outro e reconquistar a auto-estima, que tais movimentos emergem. A legitimidade que constroem está assentada no sofrimento e no conhecimento dos que padecem de Aids. Enfim, na verdade da sinceridade daqueles que sabem que vão morrer. Algo viável e valorado positivamente no fim do século XX, e que possivelmente era muitíssimo mais difícil e arriscado no início do mesmo.

Trata-se de uma experiência nova e impactante para a sociedade brasileira. Nenhuma doença ou calamidade havia produzido tão rapidamente tantas ações de mobilização social, tantas pesquisas no campo médico e tão rápido envolvimento do Estado. Certamente, foi devido ao ritmo desses eventos – muito indicativo da aceleração dos acontecimentos do tempo

presente – que, como o livro demonstra, evitou-se conseqüências ainda mais devastadoras desse mal no Brasil. Entre o início da década de 1980, quando se começa a morrer de Aids no país, e o da década de 1990, quando as primeiras políticas públicas são encetadas com a montagem da Comissão Nacional de Aids em 1990, vive-se um intenso processo de tomada de consciência sobre o que é a doença, como evitá-la e, por fim, de como é possível viver com Aids.

Dessa forma, o estudo comparativo deixa claro que, nos dois casos, o Estado não intervem rapidamente no combate às doenças, e isso não se deve à ausência de propostas, articuladas por movimentos sociais ativos e também por setores do próprio governo. Ao contrário do que se afirma muito freqüentemente, a sociedade brasileira não se mostra insolidária, desarticulada e à espera de um movimento do Estado. Ela se agita e se organiza, pressionando o Estado e demandando sua ação diante do 'mal público', pois há questões, como a do estudo, em que apenas políticas públicas têm eficiência. Um bom ponto para se pensar, uma vez que uma certa cultura política, ainda muito em voga, insiste em reafirmar a 'incapacidade' da sociedade, eternamente 'dependente' das dádivas do poder público, o que se articula a uma crença na existência de uma espécie de deficiência ontológica para se construir um regime democrático no país. Evidentemente, entre o exemplo da mobilização social contra a tuberculose e contra a Aids há muitas diferenças, que não são só de ritmo. Evidentemente também, o impasse a que a ciência médica (nacional e internacional) foi submetida tem hoje outras dimensões e urgências. Mas o que releva e o que quero destacar é a centralidade da mobilização de grupos sociais e a dinâmica que ela desencadeia sobre a sociedade mais ampla e sobre o Estado.

As pestes, como já se observou, têm imenso poder de mobilização, o que é aliás compatível com seu poder de destruição. Por isso, são capazes de produzir inovações, desencadeando inusitados mecanismos de solidariedade, além de linguagens e símbolos comunicativos, despertando e solicitando dos homens o que eles têm de melhor. Um aparente paradoxo, que este livro percorre com precisão, riqueza e criatividade.

Angela de Castro Gomes
Historiadora, doutora em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (Iuperj), pesquisadora do Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil da Fundação Getúlio Vargas (CPDOC/FVG)

Apresentação

Este livro representa o resultado das minhas pesquisas, no campo de história das doenças, a respeito da representação social das duas terríveis pestes do século XX: a tuberculose e a Aids.

A escolha dessas duas moléstias como objetos de estudo, numa perspectiva comparada, deveu-se ao fato de ambas, definidas como transmissíveis e incuráveis, suscitarem, a par de profundas e contraditórias emoções, um conjunto rico de fontes, a partir das quais penso ser possível refletir sobre como os agentes sociais de determinadas sociedades relacionam-se com o mal que os ameaça e com o outro, na medida em que este último passa a representar a própria encarnação deste mal.

O exame das fontes orais, imagéticas, médicas ou literárias sobre a tuberculose e a Aids levou-me a trabalhar com a hipótese de que mesmo aquilo que pudesse parecer um substrato 'neutro' característico destas doenças, isto é, o seu mínimo denominador comum, expresso no binômio transmissibilidade e incurabilidade, é ele mesmo um efeito construído a partir das diferentes visões e/ou emoções suscitadas pela trágica perspectiva do aniquilamento. Dito de outro modo, o estudo dos fenômenos patológicos denominados tuberculose e Aids, no Brasil, ocorridos respectivamente nos inícios e no final do século XX, mostrou-me que, do ponto de vista social, uma doença só é concebida e enfrentada como mortal à medida que, de alguma forma, este traço distintivo aparece aos diferentes segmentos que constituem essa sociedade como promotor de sua aniquilação.

As respostas dadas a essas pestes dependerão, portanto, daquilo que elas colocarem em jogo e, antes disso, sua própria representação como

pestes dependerá daquilo que os grupos constituintes dessa sociedade conceberem como seu oposto.

Este foi o caso da tuberculose no Rio de Janeiro, no início do século XX, quando este mal, delineando-se como um flagelo social, pôs em xeque tanto os valores desejáveis socialmente quanto a estabilidade da própria sociedade da época. No final do século XX, o aparecimento da Aids levantou questões semelhantes, confrontando também, tragicamente, os acometidos por ela com valores morais, que, aparentemente, já teriam passado por uma profunda reformulação. Nos dois casos, portanto, as duas doenças tematizam mecanismos de estigmatização e exclusão dos vitimados, tanto em nome de valores morais quanto da manutenção de sua forma de organização.

Procurei mostrar como tanto os vitimados como aqueles que, por diversos motivos, se solidarizam com eles – por uma questão de sobrevivência moral e social –, assumiram a tarefa de falar de seu lugar de 'condenado', afirmando assim uma identidade legitimadora de sua percepção do mal, desconstruindo-o e exigindo das instituições representativas da sociedade um novo posicionamento e uma nova visão em relação ao que todos percebem como uma ameaça coletiva.

Na construção por mim empreendida destas duas pestes nestes dois momentos vividos pela formação social brasileira, procurei ater-me a balizas temporais claramente definidas: para a tuberculose, do início do período republicano, com suas exigências de modernização da cidade do Rio de Janeiro até a constituição da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, que significou uma efetiva tomada de posição do Estado brasileiro de combate a esta doença, ainda incurável; no caso da Aids, reconstituí sua trajetória desde a divulgação de seus primeiros casos até 1996, período imediatamente anterior ao advento do chamado coquetel.

A opção por esses períodos para a reconstrução desses processos deveu-se ao claro intuito de mostrar o confronto de uma sociedade diante de algo imponderável que se transmite e aniquila socialmente e a que só se sobrevive quando os agentes sociais confrontados, vitimados ou não, estabelecem, juntos, um novo compromisso.

Este livro compõe-se de duas partes: na primeira, construo as doenças; na segunda, as comparo. Na primeira parte, constituída de três capítulos, discuto teoricamente, no primeiro capítulo, a história das doenças, a partir de uma revisão da historiografia disponível sobre doenças, com o

objetivo de situar a linha de análise a ser desenvolvida no trabalho. No segundo capítulo, trato da história da tuberculose no período 1900-1920, abordando a mudança na concepção da doença de 'mal romântico' a 'mal social', o conhecimento científico sobre ela, a mobilização das elites médicas e intelectuais na Liga Brasileira contra a Tuberculose e a organização do Estado no combate à doença. No terceiro capítulo, construído de forma semelhante ao segundo, apresento a história da Aids de 1980 a 1996, abordando a mudança na concepção da doença, de 'câncer *gay*' à síndrome de imunodeficiência adquirida, o conhecimento científico sobre ela, a mobilização das pessoas envolvidas diretamente com a Aids em associações não-governamentais (ONGs) e a organização do Estado no combate à doença.

Na segunda parte, isto é, nos capítulos 4 e 5, realizo a análise comparativa entre tuberculose e Aids. O quarto capítulo trata dos elementos de aproximação e de diferenciação, na dimensão do conhecimento científico, bem como das estratégias institucionais, tanto do Estado quanto das organizações não-estatais, em relação à tuberculose e à Aids. No quinto capítulo, ocupo-me das representações coletivas das duas doenças, expressas na iconografia e em depoimentos orais e escritos.

Gostaria de agradecer a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para esse empreendimento, que me auxiliaram desde a época da minha tese até a realização desta obra. São eles: Magali Engel que muitas vezes apontou o norte, sinalizou as paradas, emprestou seu conhecimento e fez perguntas que aguçaram minha curiosidade; Edson da Silva e Maurício Ferreira, os primeiros parceiros na História; Alessandra, Laurinda, Lícia e Marcelo, que somaram mais de mil dias em discussões acadêmicas que alimentaram meu trabalho; a Marcos Roma Santa, Ana Paula Zaquieu e Ives Mauro Junior da Casa de Oswaldo Cruz, colaboradores a cada tempo; a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), da qual fui bolsista durante o doutoramento; Bela, Ângela e André, colegas e amigos na Casa; Nanda, minha amiga de há muito, e cada vez com mais e mais flores; o Grupo pela Vidda, que abriu suas portas e me acolheu, e as pessoas envolvidas com a Aids que abriram suas vivências, suas emoções, seus conhecimentos, dando a concretude necessária ao meu trabalho; D. Neném e minhas três filhas, Maria, Isabel e Luna, que de modo diferenciado, mas determinante, contribuíram para a publicação deste livro.

Aproveito para agradecer também a Gilberto Hochman, editor da Coleção História e Saúde da Editora Fiocruz, que acolheu o livro para

publicação e a meu amigo e colaborador Marcos Roma Santa, que foi imprescindível para a concretização deste empreendimento: a este deixo o registro de meu infinito e 'imponderável' agradecimento.

Introdução

Este livro é um estudo, em perspectiva comparada, da tuberculose e da Aids no Brasil, respectivamente nas primeiras e nas últimas décadas do século XX.

Resgatando a análise de meus ensaios anteriores sobre a tuberculose na cidade do Rio de Janeiro, no início do século XX, a partir de pesquisas desenvolvidas na Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz), pude constatar a existência de analogias evidentes que ocorrem também em relação à Aids, no final do século XX, tanto do ponto de vista do conhecimento científico e das ações institucionais quanto das construções sociais.

Pensei, nesse sentido, que um estudo comparativo das repercussões da tuberculose e da Aids, no corpo social brasileiro, e das estratégias científicas e institucionais para combatê-las seria fértil para a reflexão sobre como a nossa sociedade se relaciona com doenças de grande impacto, cujas características principais são a transmissibilidade e a incurabilidade.

Cada momento histórico teria o seu grande medo, a sua peste,[1] e as características da tuberculose, no passado, e da Aids, hoje, revestem essas duas doenças de significados que permitem suas representações como pestes. Ambas, cada uma em sua época, são moléstias de grande relevância do ponto de vista epidemiológico e social e descrevem trajetórias que se conectam, apresentando, por outro lado contudo diferenças relevantes.

No caso da tuberculose, por exemplo, o discurso médico-científico do início do século XX parece se constituir como único oráculo capaz de apresentar propostas de, pelo menos, algum controle de suas manifestações. Já no caso da Aids, assistimos, a partir de 1980, ao espetáculo da perplexidade

desse mesmo discurso, ludibriado pelas evoluções de uma doença que escapa a todas as tentativas de aprisionamento, e embaraçado pelas teias do imaginário social, tão rico em perspectivas aterrorizantes quanto o vírus em suas múltiplas formas de aparição.

A tuberculose e a Aids produzem um cotidiano de convivência com a morte que resulta em uma diversidade de significados para os indivíduos atingidos. O impacto da tuberculose foi intenso no século XIX e início do XX. Várias hipóteses tentam explicar a sua importância na época. Geralmente, são enfatizados os altos índices de mortalidade, o fato de se tratar de uma doença incurável, seu reconhecimento como contagiosa e a manutenção de índices endêmicos por um longo período.

Constatando a alta incidência de tuberculose e seus elevados índices de mortalidade na cidade do Rio de Janeiro, no início do século XX, perguntei-me por que o Estado não adotou medidas concretas que resultassem em uma mudança desse quadro e quais repercussões teve na sociedade brasileira.

Responder a tais indagações implicou um estudo para identificar quem reconheceu a tuberculose como problema, como se difundiu essa visão e quais os recursos e estratégias utilizados para convertê-la em questão a ser enfrentada. Foi preciso, para isso, dimensionar sua magnitude na então capital federal e analisar a doença do ponto de vista da conceituação científica, acompanhando, em seguida, sua repercussão e as soluções engendradas nos campos médico-científico, político e social.

Tomei o mesmo caminho em relação à Aids, que surgiu em cena pública no início da década de 1980. O caráter brutal desse aparecimento e o aspecto misterioso, incompreensível e inexplicável da doença para o saber médico, deixaram perplexos os meios científico e social. Rapidamente a Aids assumiu a dimensão de pandemia.

Por ser a doença um objeto relativamente novo, tanto para a história quanto para as ciências sociais, e uma vez que a história comparada não oferece metodologia consagrada fora da demografia histórica e da história econômica, que são os setores com uma tradição de análise comparativa reconhecida, resolvi, para tratar deste novo objeto, orientar-me pelas perguntas de Lucette Valensi (apud Haupt, 1998: 211)[2] recomendadas a cada tipo e exemplo de comparação: "Como me decidir se dois objetos são comparáveis? Como compará-los? Que escala de comparação adotar? Por que comparar?"

O fato comum a ambas de serem doenças transmissíveis e incuráveis, e, ao mesmo tempo, apresentarem dissimilitudes, nos respectivos períodos aqui considerados, fez-me decidir pela comparação. Procurei, então, analisar a construção da conceituação sobre uma e outra, no campo médico-científico; e as suas repercussões nos campos político e social, buscando perceber rupturas e permanências na relação da sociedade brasileira com enfermidades que se revestem de um caráter de peste.

Nessa perspectiva, propus uma reflexão sobre os tipos de respostas dadas pela sociedade, quer pelo discurso médico-científico, quer pelo poder público ou pelas organizações alternativas, bem como pelos indivíduos, a essas doenças percebidas como fenômenos sociais. levo em conta, assim, comparativamente, três dimensões das doenças: a do conhecimento científico, a das estratégias institucionais e a de suas manifestações no imaginário social,no imaginário social, a do conhecimento científico e a das estratégias institucionais, considerando que essas três dimensões têm conexões e se interpenetram, assumindo ora características de resultados, ora de geradoras de ações dos atores sociais na sua relação com as doenças - conexões sempre referenciadas aos traços de transmissibilidade e incurabilidade dessas doenças.

A análise comparativa das relações da sociedade brasileira com a tuberculose e a Aids, em dois tempos articulados, me permite situá-las dentro do universo da história social. Levando em conta as diferenças próprias dessa sociedade nos períodos recortados, investiguei as similitudes e dissimilitudes de trajetória da tuberculose e da Aids. Em outras palavras, tentei detectar elementos pertinentes a ambos os casos que permitissem sua aproximação e sua diferenciação. Concebendo-as como fenômenos sociais, procurei analisar de que modo as visões coletivas determinaram o debate e a formulação de políticas de combate a essas moléstias.

Outro aspecto analisado é o das relações entre o discurso médico-científico sobre a tuberculose e a Aids e os valores sociais postos em xeque no contexto mais amplo da representação social dessas doenças. Trata-se, aqui, de detectar a produtividade das concepções morais sobre tais doenças, presentes no imaginário coletivo, e na formulação do discurso médico-científico.

Por fim, procurei examinar a possibilidade de organizações filantrópicas e não-governamentais, atuantes em cenários históricos distintos, terem contribuído para significativas transformações tanto das abordagens médico-institucionais das doenças quanto de suas construções mentais, vale dizer, das representações decorrentes da experiência coletiva da

tuberculose e da Aids como fenômenos sociais e o modo como teriam afetado as próprias políticas públicas.

Neste estudo comparado das relações da sociedade brasileira com a tuberculose e a Aids, optei por uma multiplicidade de fontes, considerando a diversidade de formas de percepção do fenômeno patológico, segundo os locais e níveis de comprometimento com as moléstias. Voltei-me não só para fontes já existentes, como me ocupei da construção de um acervo de história oral, com depoimentos de indivíduos envolvidos diretamente na questão da Aids, profissional ou pessoalmente. Comtemplo depoimentos de médicos clínicos e gestores políticos, de profissionais que trabalham com a elaboração e divulgação de informações (a chamada mídia), de diretores de organizações não-governamentais, de doentes e de seus familiares.

Quanto à tuberculose, as fontes privilegiadas foram os relatórios anuais, estatutos e folhetos da Liga Brasileira contra a Tuberculose, assim como conferências públicas realizadas por seus médicos; artigos de publicações especializadas em medicina, como *Brasil-Médico*, *Arquivos de Higiene* e *Revista Médico-Cirúrgica*; decretos, relatórios da Diretoria Geral de Saúde Pública, anais de congressos médicos, iconografia variada e depoimentos orais.

No que diz respeito à Aids, foram selecionados boletins, relatórios e folhetos da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia) e do Grupo pela Vidda, anais de congressos, informes técnicos do Ministério da Saúde, decretos, artigos de publicações médicas e reportagens da imprensa geral, além de iconografia variada, depoimentos orais e textos autobiográficos.

Penso que este trabalho, instrumentalizado pelo conceito de representação social, como marco analítico para pensar a doença como fenômeno social, pode contribuir para o desenvolvimento do campo da história das doenças e, assim, estimular o entendimento do fenômeno patológico, para além da sua conceituação médica, como objeto histórico-social.

Notas

1 Para origem do conceito de peste, como um mal com poder desestruturante do cotidiano por seu caráter recorrente e dizimador das populações, ver Delumeau (1989), Defoe (1987) e Camus (1947).

2 Lucette Valensi, 1990, apud: HAUPT, Heinz-Gerhard, "O lento surgimento de uma história comparada", em BOUTIER, Jean, JULIA, Dominique, Passados recompostos: campos e canteiros da história, Rio de Janeiro, UFRJ/FGV, 1998, p.211.

1

A Doença como Objeto da História

Uma Nova História

Uma renovação no domínio científico desenvolveu-se em extensão e profundidade: não só as ciências aprofundaram seus campos de saber como o próprio saber se dividiu, principalmente a partir da década de 1970. Le Goff (1990) afirma que a emergência de um novo campo de saber deu-se pela afirmação de determinadas ciências, novas ou não, pela renovação das ciências tradicionais e pela interdisciplinaridade. Nesse processo de renovação, a história assumiu novo valor e relevância com a chamada História Nova. Diferentemente de outras ciências que se modernizaram de forma setorizada, a História Nova afirma-se como:

> (...) história global, total [que] reivindica a renovação de todo o campo da história (...) toda forma de história nova e que se coloca sob a bandeira de uma etiqueta aparentemente parcial ou setorial (...) é, na verdade, uma tentativa de história total, hipótese global de explicações das sociedades. (Le Goff, 1990: 27)

A História Nova questionou a noção de fato histórico como algo dado e acabado, ao mesmo tempo em que propôs um resgate da primeira fase dos *Annales*, representada pelos trabalhos de Lucien Febvre e Marc Bloch. Pretendeu "fazer entender, colocar os problemas da história para nos permitir viver e compreender um mundo em estado de instabilidade definitiva" (Le Goff, 1990: 35). Com isso, ampliou o campo documental da história, passando a utilizar uma diversidade de objetos não considerados, tradicionalmente, como documentos históricos: depoimentos orais,

fotografias, ferramentas etc. O uso de novos documentos implica, contudo, a formulação de uma nova crítica a esses documentos. Como disse Le Goff (1990: 54):

> (...) é preciso desestruturar o documento para descobrir suas condições de produção. Quem detinha, em uma sociedade do passado, a produção dos testemunhos que, voluntária ou involuntariamente, tornaram-se documentos da história? (...). É preciso delimitar, explicar lacunas, os silêncios da história e assentá-la tanto sobre esses vazios quanto sobre os cheios que sobreviveram (...).

A História Nova pode ser definida pelo aparecimento de novos problemas e novos métodos, que renovaram os domínios tradicionais da história, e também pelo aparecimento de novos objetos de estudo que colocaram – ou recolocaram sob novas perspectivas – o corpo, a morte, a sexualidade e a doença como objetos de investigação histórica. É esse campo renovado da história que nos permite trabalhar, numa perspectiva comparada, a história da tuberculose e a da Aids.

Se, por um lado, podemos dizer que o berço da História Nova é a França, por outro, o campo não ficou limitado ao domínio francês. Estão aí consideradas, por exemplo, as histórias do cotidiano e as micro-histórias da escola italiana que captam as formações intersubjetivas, em contextos objetivos específicos, para dar significado, sentido e densidade a realidades que fazem parte das experiências de vida de indivíduos concretos, sujeitos sociais inseridos em diferentes setores da sociedade.

A doença faz parte da dinâmica vital e se inscreve em todos os setores da relação do homem com a natureza e dos homens entre si – diversidade de inscrições apropriada pela historiografia com diferentes abordagens. Resultam daí vários recortes da história das doenças que representam, de modo muitas vezes reducionista, ora análises biológicas, ora análises sociais. Outras análises pretendem, sem negar o substrato fisiopatológico da doença, apreender o processo de construção social que a constitui como fenômeno social. É nesse cenário que considero oportuna uma reflexão inicial sobre a história de doenças.

Histórias de Doença

A problematização da doença no campo da história é recente. Antes, a história de doenças era, em geral, objeto da reflexão de médicos e higienistas, aparecendo associada ou a uma história da medicina ou a uma epidemiologia histórica. No primeiro caso, relatava-se de um século para outro a variedade de doutrinas, teses e teorias sobre as enfermidades, numa associação que atrelava a doença à evolução do conhecimento e às grandes conquistas da ciência. História apoteótica, quando se tratava da vitória da medicina científica, e anedótica, ao abordar o passado mistificador e metafísico do mundo ocidental ou, ainda, as bizarras crenças de outras civilizações. No segundo (caso), a história ocupava-se do modo pelo qual, tomadas como entidades puramente naturais, as diferentes doenças apareciam e se espalhavam pelo globo, a partir das relações mantidas entre os povos.

Arrolando alguns exemplos de médicos e higienistas que escreveram histórias da medicina no Brasil, o tisiologista Lourival Ribeiro, na sua história da luta contra a tuberculose no país, discorre sobre a doença desde os tempos coloniais até a década de 1950. Acompanha o progresso de tecnologias no combate à tuberculose, principalmente a partir da descoberta do bacilo de Koch, o que possibilitou novos conhecimentos acerca da doença e crítica à inoperância das instituições públicas para debelá-la, sobretudo por não implementarem os avanços científicos:

> (...) impõe-se, sem perda de tempo, uma larga reforma nas nossas instituições antituberculosas de acordo com as modernas recomendações científicas, sem as desaconselháveis preocupações das campanhas sanitárias baratas, de pouco rendimento e desrespeitosas à dignidade dos doentes. (Ribeiro, 1956: 204)

Pedro Nava,[1] médico e memorialista, analisa, em um estudo da medicina popular no Brasil, a influência de crenças, superstições e religiosidade na formação tanto do saber popular quanto da medicina douta. Apesar de perceber a diversidade cultural incorporada na construção de um saber e a permeabilidade da medicina científica às manifestações culturais, sua ótica estabelece uma hierarquização de saberes e práticas ao assinalar:

> Se a crendice, a superstição e a religiosidade agem tão poderosamente sobre a medicina douta, com mais razão terão de agir sobre os ensinamentos dessa medicina douta no momento em que eles passam a

fazer parte da experiência coletiva como conteúdo médico-popular de sua cultura. (Nava, 1945: 5)

Sem discutir criticamente as questões culturais que referenciam e originam a formulação e permanência da medicina popular, Nava (1949: 21) afirma:

> Falta de médicos de um lado e abundância de doenças de outro tinham de dar como resultado a proliferação dos numerosos autodidatas dos quais provém a nossa medicina popular: rezadores, curiosos, benzilhões, caribambas, comadres e curões de toda sorte.

Ainda abordando a medicina como temática privilegiada, Lycurgo Santos Filho (1947), médico higienista, escreveu uma obra de fôlego que percorre vários séculos, alinhando os principais eventos da história da medicina no Brasil. Apresenta, evolutivamente, desde as doenças e remédios no meio indígena, passando pela 'medicina jesuítica', o ensino médico oficial, as instituições de assistência médico-hospitalar, as pesquisas científicas, os grandes personagens da medicina e, por fim, uma visão panorâmica dos progressos da medicina brasileira no século XIX.

Nessas obras, a doença é vista como algo natural e o progresso da ciência como necessário para controlar essa natureza, a partir de suas instituições. Mas o que elas têm em comum, além, obviamente, da perspectiva evolucionista, e que apresenta bastante importância, é exatamente o manancial empírico, cuidadosamente vasculhado pelos autores. Nelas encontram-se reproduções de documentos, valiosas fontes primárias, assim como referências a teses e congressos. Tomando a questão isoladamente ou numa perspectiva puramente evolucionista, tais estudos têm tido, como conseqüência, a incompreensão daquilo que "dentro de todo sistema nosológico, independe de seu grau de cientificidade e eficácia" (Augé & Herzlich, 1986: 9), isto é, a dimensão social da doença. Pois a doença não é tão-somente um conjunto de sintomas que nos leva a procurar um médico, mas também um acontecimento que ameaça e modifica nossa existência, seja individual ou coletivamente, muitas vezes com graves conseqüências.

Nesse sentido, Herzlich (1991) mostra que a sociologia americana da década de 1950 tentou desnaturalizar a doença, analisando sua dimensão social. Mas, ressalta que não passou de uma tentativa, pois, "tomando como objeto a doença, os sociólogos assumiam e aceitavam plenamente as

concepções médicas do fato patológico". Para eles, o saber médico era uma "decodificação do orgânico que o desenvolvimento científico tornava mais precisa e segura a cada dia" (Herzlich, 1991: 22). Aceitando a definição médica da doença como processo bioquímico que afeta o corpo individual, os sociólogos apontavam somente de forma complementar para sua dimensão social, sem, na verdade, analisá-la como um produto de sua própria época sócio-histórica.

Parsons (1951), por exemplo, um dos sociólogos pioneiros nos estudos sobre a experiência da enfermidade, considerava a doença como um desvio e o doente como aquele que deveria seguir a prescrição médica para, assim, ficar isento das obrigações sociais cotidianas, isto é, aceitar a sua condição de doente, o que significaria estabelecer uma relação de direitos e deveres entre si e o médico. Esta visão empresta uma realidade social à doença, mas não a apreende como uma construção social. Trata-se assim, de análises de caráter biomédico às quais agrega-se a dimensão social da doença, sem se levar em conta que as concepções científicas são também construções sociais.

Podemos pensar que entre diferentes grupos sociais existem diferenças marcantes no sofrer ou no modo de reagir às doenças. Quadros patológicos que dominam uma época – a peste bubônica no século XIV, a tuberculose no século XIX – regridem em outra, enquanto outras patologias prevalecem, como atualmente os tumores, as doenças cardiocirculatórias e, mais recentemente, a Aids (Berlinguer, 1978). Existe uma historicidade nas doenças ligada a todos os acontecimentos do ser humano. Le Goff (1985: 7-8) pergunta "onde estão as febres terçãs e quartãs de nossos antepassados" e diz que: "a doença pertence à história, em primeiro lugar, porque não é mais do que uma idéia, um certo abstrato numa complexa realidade empírica, e porque as doenças são mortais".

Desse modo, assim como a história,[2] a doença, como fenômeno social, também é uma construção. Concorrem para a existência da doença diversos elementos científicos, sociais e políticos, temporal e espacialmente estudados. Dito de outro modo, diferentes grupos, a cada época, dão significação e sentido específicos à entidade fisiopatológica chamada doença. A história de doenças pode revelar uma enorme gama de questões. Rosenberg (1992: 318) assinala que "a doença é ao mesmo tempo problema substantivo e instrumento analítico". Dessa forma, a doença, como objeto de estudo, possibilita o conhecimento sobre estruturas e mudanças

sociais, dinâmica demográfica e deslocamento populacional, reações societárias, constituição do Estado e de identidades nacionais, emergência e distribuição de doenças, processos de construção de identidades individuais, constituição de campos de saber e disciplinas.

Na década de 1970, os historiadores Revel e Peter incluem a doença numa coletânea dedicada aos novos objetos da história. Começava-se a perceber que o estudo das doenças podia fornecer numerosos esclarecimentos sobre as articulações e as mudanças das sociedades. Revel e Peter (1976: 144) afirmam que:

> (...) a doença é quase sempre um elemento de desorganização e de reorganização social (...). O acontecimento mórbido pode ser o lugar privilegiado de onde melhor observar a significação real dos mecanismos administrativos ou das práticas religiosas, as relações entre poderes, ou a imagem que uma sociedade tem de si mesma. [3]

Numa crítica à objetivação do corpo por parte dos médicos, afirmam ainda, ser necessário que o historiador, na sua prática, "atente ao silêncio daquilo que não foi dito, por não ter podido se resolver em palavras" (Revel & Peter, 1976: 154).

Tratar o corpo como objeto e, portanto, liberado da sua história particular, leva o médico a se relacionar com a doença e não com um homem doente – o corpo passa a ser contabilizado epidemiológica e demograficamente. Dessa forma, se os métodos quantitativos possibilitam trazer as grandes massas para a história a partir da agregação de dados, em geral retiram-lhe a face humana. Como dizem Revel e Peter (1976: 146), "uma história de amor transforma-se em demografia". O que se conta é o registro das crianças. Os dados quantitativos sem dúvida têm sua utilidade, mas não se pode olhar para eles sem uma análise crítica de sua estrutura, às vezes muito mais reveladora que os resultados obtidos. Vários autores concordam com essa observação. Ginzburg (1989: 173), por exemplo, referindo-se também aos dados demográficos, diz:

> Os registros civis apresentam-nos os indivíduos enquanto nascidos e mortos, pais e filhos; os registros cadastrais, enquanto proprietários ou usufrutuários; os autos, enquanto criminosos, enquanto autores ou testemunhas de um processo. Mas assim corre-se o risco de perder a complexidade das relações que ligam um indivíduo a uma sociedade determinada.

O demógrafo alemão Imhof (1987: 90) afirma, num artigo sobre demografia histórica, que "toda pessoa, mesmo que nunca tenha possuído qualquer outra coisa, teve um nascimento e morte e estes registros são os elementos mais simples com que a demografia histórica se ocupa".

Mas o espaço de tempo entre um acontecimento e outro é extremamente variável de um lugar para outro, por motivos que dependem da complexidade das relações de um indivíduo em uma determinada sociedade. Sem um trabalho interdisciplinar, necessário para uma análise demográfica mais densa, pode-se incorrer em conclusões errôneas ao se constatarem somente os números.[4] Ginzburg (1989: 171) chama a atenção para o risco de uma investigação quantitativa de longo período poder, por exemplo, obscurecer e distorcer os fatos:

> Preços, meios de subsistência e mortalidade são questões que têm significado no curto prazo (...). Na perspectiva do longo período é difícil compreender os problemas cotidianos da sobrevivência. Raciocina-se por médias decenais, médias móveis, extraídas de folhas quase logarítmicas. A vida real (expressão que encerra, sem dúvida, elementos de ambigüidade) é largamente posta à margem. E a visão de longo período pode gerar uma abstrata, homogeneizada história social, desprovida de carne e de sangue, e não convincente apesar de seu estatuto científico.

Apesar dessas críticas, devemos considerar aqui que a história quantitativa foi também precondição para análises qualitativas bem feitas. Porter (1992) argumenta que desconsiderar os dados empíricos em favor de uma teoria baseada na análise do discurso, pode ser uma irresponsabilidade e criar ciladas, cujo risco é realizar análises descontextualizadas por não estarem baseadas em evidências. Enfim, seja uma análise quantitativa, seja qualitativa, o que importa é a possibilidade de uma maior aproximação com o objeto a partir da iluminação de um ou alguns de seus aspectos, viabilizando uma melhor compreensão da realidade estudada, com vistas, inclusive, à sua transformação. No caso, um estudo da representação social da tuberculose e da Aids que contempla o pensamento e os sentimentos dos sujeitos sociais em relação às doenças, parece ser a análise qualitativa a mais adequada. Além disso, o *locus* da doença é o corpo e como tal reveste-se de sinais, cuja leitura depende da representação de corpo e de doença vigente em cada grupo social, em diferentes dimensões temporais.

Na coletânea organizada por Peter Burke, *A Escrita da História: novas perspectivas*, Roy Porter (1992: 326), autor que trabalha com a história do corpo, mostra "como o corpo é uma presença suprimida, muito freqüentemente ignorada ou esquecida". Ele diz que o historiador não deve tratar o corpo simplesmente como fenômeno biológico, mas encará-lo como algo mediado por sistemas de sinais de cultura, desnaturalizando, assim, as relações mente/corpo. Ainda neste artigo, Porter refere-se a novas perspectivas da história, abertas pelo que denomina 'saber *annaliste*', que promove pesquisa em todas as dimensões da vida material, desde o nascimento até a morte. Segundo ele, a contribuição da antropologia cultural foi fundamental para os historiadores, por possibilitar investigações sobre o significado simbólico do corpo, como foi, também, a da sociologia, principalmente a sociologia médica, ao encorajar os historiadores a tratarem o corpo "como a encruzilhada entre o ego e a sociedade" (Porter, 1992: 294).[5]

Detenhamo-nos aqui sobre um fenômeno de materialidade biológica e ligação estreita com doenças – principalmente as ainda incuráveis, como nos casos da tuberculose e da Aids em nosso estudo – e que, assim como o corpo, sofreu, por parte de historiadores e sociólogos, um processo de desnaturalização: a morte. Philippe Ariès, Norbert Elias e Claudine Herzlich, entre outros, mostram por linhas diferentes que, entre permanências e mudanças, a atitude do homem diante da morte é historicamente construída. A morte, assim como a doença, não se reduz à sua evidência orgânica, natural, objetiva; ao contrário, porta significados mais complexos que ultrapassam a dimensão biológica.

Na distinção que Herzlich & Pierret (1984) fazem sobre a doença crônica e individual, que remete à dimensão privada, e a doença infecciosa, que incide sobre a esfera pública, ressalta-se que uma e outra revestem-se de significados distintos de morte a cada época.[6] No caso das epidemias, por exemplo, cujas características são o grande número de vítimas, a impotência diante da morte e a exclusão dos doentes, a explicação para a morte pode mudar: da inevitabilidade do castigo divino, em uma época, passa-se à revolta, ao terror e à discriminação, em outra.

Philippe Ariès (1975, 1982) refere-se ao impacto provocado pela morte em série, na ocorrência de uma epidemia. Além do desastre demográfico, a morte em série inviabiliza o 'bem morrer', ao transgredir uma das suas principais características: a previsibilidade e a conseqüente preparação para o fim. Uma situação de epidemia implica a subversão dos ritos que envolvem

a morte, como a toalete fúnebre, o velório e o enterro. Esses ritos cumprem a finalidade de unir o morto a seus familiares e amigos e lhe conferir dignidade. Sem isso, a morte torna-se ainda mais temível.

Já Norbert Elias (2001) nos fala de uma outra atitude diante da morte, que acaba sendo o reverso da anterior. Trata-se do isolamento dos senis e dos moribundos da comunidade dos vivos, quer dizer, uma morte antecipada, que ocorre principalmente em sociedades contemporâneas. A forma de experimentar a morte é variável e específica para cada grupo social. Portanto, as idéias acerca da morte e dos rituais fúnebres expressam sentimentos de identidade entre os membros de um grupo. As idéias e ritos comuns unem os homens; as idéias e ritos diferentes separam os grupos.[7]

De todo modo, os homens estão sempre tentando postergar o fim, isto é, procuram o que lhes proporcione alívio ante o reconhecimento de que a sua própria vida e a dos que lhes são queridos, é finita, quer acreditando em uma vida após a morte, quer simplesmente negando a morte – o que hoje é facilitado pelo aumento da expectativa de vida – ou acreditando na própria imortalidade – "outros morrem, mas eu não" (Elias, 2001: 7).

Tanto o propósito de postergar a morte como o fato de o processo civilizador implicar o controle das paixões podem explicar, de certa forma, segundo Elias (2001: 36), o isolamento dos moribundos:

> Apenas as rotinas institucionalizadas dos hospitais dão alguma estruturação social para a situação de morrer. Essas, no entanto, são em sua maioria destituídas de sentimentos e acabam contribuindo para o isolamento dos moribundos.

Assim como Ariés, Herzlich (1993: 7) observa que o ato de ocultação da morte, tanto da vida familiar como da vida pública, consiste, hoje, em relegá-la ao hospital e delegar ao profissional médico a tarefa de esconder um evento que queremos negar. E isso tem um significado:

> A inscrição da morte no contexto do trabalho médico implica, por si mesma, uma mudança nas representações: já não é mais inscrita nas categorias da fatalidade e do sagrado, mas nas do 'fazer', da eficácia, do cotidiano e da rotina [hospitalar].

O lugar da morte atualmente é na instituição médica e, também aí, o moribundo encontra-se isolado. Também aí, no âmbito do espaço hospitalar, existe uma ocultação da morte. E essa ocultação, diz Herzlich, baseado nos estudos de Glazer e Strauss:[8]

visa menos a proteger o doente da angústia do final próximo do que a vida hospitalar da crise que representa a irrupção imprevista de manifestações emocionais intensas (...) é como se a instituição inteira desejasse, mais do que tudo, reduzir as conseqüências desestruturantes de um transbordamento emocional para o trabalho cotidiano. (Herzlich, 1993: 10)

Na verdade, espera-se que ocorra um acordo tácito: a instituição silencia e, por seu lado, o doente coopera com silêncio. Vários estudos a que Herzlich (1993: 13) se refere registram que esse acordo do silêncio não é comum a todos os doentes. Varia conforme "a percepção, pelo médico, do valor social do doente", seja por sua origem social elevada, seja pela importância acadêmica de sua doença. Nesse caso, não se aplica o pacto da negação da morte. Daí, afirma Herzlich (1993: 24), "é necessário, simbolicamente, recriar um lugar e um tempo para a morte". Portanto, entendermos a morte como socialmente construída, possibilita também entendermos o que poderia parecer um contra-senso quando Morin (apud Chiavenato, 1998: 109) nos diz que:

(...) é necessário revelar as paixões profundas do homem para com a morte, considerar o mito na sua humanidade e considerar o próprio homem como guardião inconsciente do segredo. Então, só então, poderemos interpelar a morte desnudada, lavada, desmaquiada, desumanizada, e dissecá-la na sua pura realidade biológica.

As discussões sobre a morte vêm ao encontro do que pretendo aqui como uma reelaboração da doença, ou melhor, uma nova compreensão da doença como fato socialmente construído e, dessa forma, portando significados reveladores de uma determinada sociedade.

A Doença Revelando a História

Se podemos dizer que a coletânea de Le Goff e Pierre Nora inaugurou a inclusão da doença como objeto da história,[9] não podemos afirmar que esses autores caminharam isolados. Ainda nos anos 70, McNeill (1976) criticava a falta de percepção, até então revelada pelos historiadores, quanto à importância da doença, acusando-os de não valorizarem seu papel na história. Para McNeill, essa dificuldade em lidar com a doença prendia-se ao fato de ela ser concebida como mera contingência, como desvio no curso normal dos acontecimentos, sem ter um papel decisivo sobre a dinâmica

dos próprios acontecimentos. Hoje, podemos falar de um campo de história das doenças, constituído por 'histórias' que, adotando perspectivas diversas, representam importantes contribuições ao trabalho de reflexão sobre o papel das doenças na história.

Tomemos inicialmente a obra de McNeill (1976), que procura traçar os encontros da humanidade com as doenças infecciosas e as profundas conseqüências de novos contatos entre povos com experiências imunológicas distintas. O ponto central da sua análise reside na observação da clara correlação entre os encontros mutáveis dos povos com tais doenças e as fases da sua história política e cultural, verificando como padrões variantes de circulação das doenças afetaram as relações humanas, desde a pré-história até os tempos modernos. Daí, o destaque para as doenças infecciosas e a importância de se analisar seu impacto sobre o processo histórico. Para McNeill, a doença infecciosa seria um dos parâmetros fundamentais e determinantes da história humana. Segundo ele, a história da conquista da América seria incompreensível se não se ressaltasse o papel da epidemia de varíola que dizimou as populações nativas, propiciando a vitória dos espanhóis. É importante notar que, ao privilegiar o impacto demográfico das epidemias e os ajustamentos ecológicos decorrentes das mutações biológicas, McNeill confere às diferentes crenças ou concepções relativas à doença um papel secundário na história que ele procura construir. Exceção feita à medicina científica, único sistema conceitual que, a seu ver, teria um impacto decisivo sobre a distribuição e virulência das doenças infecciosas. Desse modo, tomando como referência a concepção científica da doença, a história de doenças de McNeill não contempla a análise do modo como as diferentes sociedades compreenderam e compreendem a sua experiência patológica.

Informando a produção historiográfica mais recente, estudos antropológicos e sociológicos vêm, há tempos, explorando o domínio da construção social e simbólica da doença, nas mais diversas sociedades. De um modo geral, esses estudos mostram que, em todas elas, a ordem biológica e a ordem social se correspondem, sendo a doença uma realidade construída e o doente um personagem social.[10] Para toda sociedade, a doença é um problema que exige explicação – é necessário que ela tenha um sentido. Desse modo, a história das doenças é um dos caminhos para se compreender uma sociedade: é preciso avaliar a dimensão social da doença, como ela se mostra, pois a doença funciona como significante social – é um suporte e uma das expressões da sociedade.

Diferentemente da obra de McNeill (1976), os trabalhos de Sendrail (1980), Bertolli (1993), Delaporte (1990), Armus (1995), Cueto (1997), Brandt (1985), Carrara (1996), Tronca (2000) e Herzlich & Pierret (1984) poderiam ser situados na direção de uma história propriamente cultural, por enfatizarem quer as representações científicas ou leigas, quer a ação institucional ou as atitudes sociais espontâneas e difusas. Sendrail (1980: X) defende a idéia de que "numa história das doenças, a preeminência não pertence a nenhuma civilização: cada uma tem seus males que ela assume conforme as crenças e os ideais que lhe são próprios".

Sendrail propõe-se a fazer um tipo de análise que não se limite às fontes puramente médicas, mas que interrogue documentos diversos com o intuito de aí procurar a imagem dos males que uma cultura põe no centro de suas preocupações. O autor propõe uma história que se posicione mais ao lado do doente, que não se atenha somente ao olhar exterior do médico, para que seja possível perceber o drama, a consciência da doença. Sendrail nos convida a uma retomada das fontes – as crônicas, a literatura, os relatos de época –, que testemunham as transformações espirituais e sociais, operadas por uma epidemia, para uma análise do sentido que se confere à doença.

Dentro dessa perspectiva que Sendrail adota, e retomando outras fontes que não as tradicionais, Bertolli Filho (1992: 50), que trabalhou com prontuários médicos de tuberculosos internados no Sanatório São Luis Gonzaga, em São Paulo, entre 1932 e 1945, diz que:

> A análise acadêmica deste tipo de fonte permite aproximações com a triste história da dor, das lágrimas, da solidão e, principalmente, da morte (...). Uma morte que, bem antes de atingir a dimensão física, revelava-se como social, já que geralmente a exclusão do convívio com os sadios se constituía a medida mais freqüente de proteção coletiva contra o contágio e também contra a personalidade infectada.

Agregando a essas fontes uma diversidade de outras, como livros e artigos médicos, relatórios de instituições públicas e privadas, depoimentos orais, obras memorialísticas e biográficas, composições literárias e artigos jornalísticos, Bertolli Filho (1993) desenvolveu uma extensa tese[11] sobre a tuberculose e os tuberculosos, no contexto do processo modernizador das grandes estruturas da sociedade brasileira, com especial ênfase nos olhares e ações dos paulistas e cariocas frente à questão sanitária. Considera que tanto a tuberculose quanto o tuberculoso são tópicos que se revelam, por excelência, fenômenos resultantes da malha social brasileira.

Privilegiando também o aspecto cultural da doença, mas numa perspectiva que dá grande destaque à ciência, temos François Delaporte. Este autor, ao estudar a epidemia de cólera em Paris no ano de 1832, procede a uma análise historiográfica de conceitos da biologia e do nascimento da clínica, atento à articulação dos fatores científicos, econômicos, éticos e políticos na percepção da doença. Delaporte (1990) mostra como a epidemia serve de prisma revelador de uma sociedade, especificamente no que se refere a "poderes e saberes desarmados": a burguesia parisiense ficou chocada, em 1832, com o fato de se ver, apesar de todos os recursos da civilização, sujeita a uma calamidade anacrônica. Delaporte procura circunscrever toda a problemática da enfermidade naquele momento, analisando também as percepções contrastantes sobre o cólera entre as classes pobres, a elite burguesa e o meio médico.

Numa perspectiva menos identificada com a proposta de uma representação social da doença, mas de qualquer modo preocupado em examinar o fenômeno patológico como elemento importante na dinâmica social, Diego Armus (1995) analisa o papel da tuberculose no processo de modernização da saúde pública argentina e, bem mais além, da participação política das classes trabalhadoras nos inícios do século XX. O historiador argentino mostra como a tuberculose foi instrumentalizada pelas classes operárias, no sentido de forçar o Estado a construir uma infra-estrutura sanitária básica que permitiu a redução das taxas de mortalidade pela doença, o que só foi possível pela apropriação política da doença, numa clara demonstração de que o fenômeno patológico é, antes de ser um fato biomédico, um fenômeno político socialmente construído.

Cueto (1997), em sua obra *El Regresso de las Epidemias*, reúne as investigações sobre diversas epidemias que assolaram o Peru desde a da peste, na cidade de Lima em 1903, até a do cólera em 1991. Cada ensaio desta obra foi dedicado a uma epidemia e Cueto analisa em cada uma, fundamentalmente, três aspectos: o impacto da doença, discutindo os fatores biológicos e ecológicos que a produz; as políticas públicas implementadas para seu combate e as reações sociais a essas doenças. Cueto mostra em seu trabalho uma grande preocupação em caracterizar o contexto social e político, no desenrolar da epidemia. No que se refere à epidemia de febre amarela, por exemplo, a campanha para o seu combate teve um importante papel no reforço da autoridade do Estado, minando o poder das autoridades provinciais e contribuindo para o desenvolvimento

de um sistema estatal de saúde. Por outro lado, a resistência dos trabalhadores às medidas sanitárias e o confronto entre estes e os proprietários imigrantes contribuíram para a formação da Alianza Popular Revolucionária Americana (APRA). A intervenção do Estado caracterizou-se por soluções técnicas que não levaram em conta os aspectos culturais da doença. Como Armus, Cueto mostra uma maior preocupação com uma história política da doença no contexto da América Latina, colocando-se ao lado do historiador argentino como um dos mais importantes pesquisadores da atualidade, no campo mais bem propriamente denominado história da saúde.

Já Allan Brandt (1985), ao estudar as manifestações de doenças venéreas, ao longo do século XIX e início do XX, em vez de rastrear as abordagens científicas sobre tais moléstias, procura caracterizá-las como fenômenos sociais. Brant observa que no século XX, embora tenha sido possível o combate bem-sucedido a outras doenças infecciosas, nossa sociedade foi incapaz de controlar as doenças venéreas, por desprezar os seus aspectos sociais. O autor acredita que tais doenças não podem ser examinadas somente como entidades biológicas, devendo ser vistas como fenômenos mais amplos, isto é, que envolvem certas atitudes, valores e crenças sociais.

Analisando atitudes e valores no que se refere à sexualidade, Brandt pôde avaliar seu impacto perturbador sobre a prática médica e principalmente sobre as políticas de saúde pública de controle das doenças venéreas, durante os séculos XIX e XX. Sua contribuição fundamental está em mostrar a necessidade de se olhar para além do modelo biomédico, cujo paradigma é muito restrito à solução do problema das doenças venéreas. Em outras palavras, acredita que a estrutura de referência, tanto em termos de reflexão quanto no de intervenção social, deva se expandir para além da medicina. Em sua abordagem, a análise dos símbolos e imagens associados a uma determinada doença têm uma importância crucial, pois é por meio deles que podemos determinar os valores e padrões de julgamento que guiam as práticas sociais, configurando o perfil epidemiológico que uma doença assume em determinada sociedade.

Ainda no campo das doenças venéreas, Carrara (1996) analisa a dinâmica social em torno da sífilis e do seu combate, percorrendo o conjunto de intervenções sociais propostas – ou efetivamente implementadas para o seu controle – no Brasil, desde finais do século XIX até meados da década de 1940. Da mesma forma, olha para além do modelo biomédico,

constatando a reemergência da sífilis a partir de interesses múltiplos, principalmente de sifilógrafos envolvidos com a chamada luta antivenérea – luta que esteve estreitamente vinculada a um projeto de construção da nação brasileira. Segundo Carrara, os sifilógrafos construíram um conceito de 'sífilis brasileira' que contribuiu significativamente para a formulação de um pensamento social de forte apelo nacionalista e civilizador. O combate a esta sífilis, nas primeiras décadas do século XX, baseado numa visão higienista de conteúdo eugênico, teve como objetivo introduzir normas e padrões morais e comportamentais, consoantes um modelo de nação inspirada nos padrões europeus, isto é, depurado de traços culturais à época considerados inferiores.

Herzlich & Pierret (1984) desenvolveram seu estudo sobre a representação social da doença, partindo do princípio de que o indivíduo doente, em toda parte e em cada época, é doente aos olhos da sociedade, em função dela e segundo as modalidades por ela fixadas. Analisando a linguagem do doente nessa relação de reciprocidade, as autoras mostram como o doente percebe seu estado, como o exprime e se organiza, ao dar um sentido ao mal biológico. Assim, ao examinarem as concepções, os saberes, as condutas 'profanas' e 'profissionais', em circulação na sociedade, concluem que o doente e o meio social interagem constantemente, modelando mutuamente suas percepções do fenômeno patológico. Em *Maladies d'Hier, Maladies d'Aujourd Hui*, as autoras utilizam a literatura como fonte, por encontrarem em textos literários amplo material para a análise da representação social da doença.[12]

Podemos perceber que, mesmo com as abordagens distintas, para esses estudiosos é fundamental o papel das crenças, símbolos, representações, enfim, o enfoque cultural para a elaboração e análise de seu objeto – o fenômeno patológico como fenômeno social. Além disso, esses autores mostram a necessidade de nos voltarmos para fontes outras que, anteriormente, pouco utilizadas no trabalho do historiador, hoje aparecem como elementos essenciais aos estudos da história das doenças, não mais restrita às fontes que constituem o discurso médico científico. Como demonstrou Vovelle (1987), relativamente à iconografia, podemos, com freqüência, inferir mais a partir dessas fontes, aparentemente oblíquas, do que dos escritos científicos consagrados.

Pôrto (1997), por exemplo, vai buscar na obra poética de Manuel Bandeira a fonte para construir sua história de doenças. Sem negar o valor

das abordagens que se utilizam das fontes científicas sobre a tuberculose, a autora aponta uma lacuna existente nesses trabalhos: a ausência da experiência individual e intransferível de se estar tuberculoso; isto é, o processo de constituição do sujeito doente. É esse caminho que a autora toma para desenvolver sua tese sobre a reconstrução de identidade do poeta pernambucano. Pôrto utiliza o conceito de 'trajetória de vida'[13] para compreender como o impacto da tuberculose na vida de Bandeira[14] desencadeou um movimento de destruição e reconstrução de si, de forma a lhe garantir, ainda que marcado pela doença, sobreviver e afirmar-se no mundo que o circundava. A autora mostra que o projeto poético de Manuel Bandeira é a chave para a superação da sua condição de tísico.

Uma investigação no campo da história de doenças, centrada na sua representação social, isto é, nas visões que os homens produzem de seus males, inclusive as fantásticas, pode trazer alguns problemas, uma vez que o pesquisador estará lidando com símbolos – pois representar é sempre lidar com símbolos. A dificuldade reside precisamente na interpretação, no risco de ser superficial ou confinar-se às aparências. Todavia, a dificuldade nessa interpretação pode ser menor na medida em que se tem consciência de que as coisas são sempre representadas, mas de forma diferenciada, isto é, a partir da diversidade e complexidade nas inter-relações das representações com o real.

Em *A Questão do Imaginário na Prática do Historiador*, Ítalo Tronca (1988) alerta para os erros que podemos cometer numa análise da representação e para a necessidade de se perceber o imaginário não como um epifenômeno, uma superestrutura um tanto desprezada, mas como algo que está na raiz das motivações históricas. O autor observa que devemos considerar o tempo da história, na medida em que "as relações dos indivíduos com seu corpo, com suas doenças e os sentimentos por eles experimentados, nos planos físico e espiritual" (1988: 4), são diferentes a cada época. Uma das funções do historiador, portanto, é perceber mudanças de atitude em relação à doença, no período de tempo por ele recortado, e identificar elementos conjunturais que influenciam as transformações na concepção da doença.

Em sua obra *As Máscaras do Medo: lepra e Aids*, de 2000, Tronca utiliza-se de fontes literárias de ficção para analisar historicamente os elementos culturais, políticos e sociais que produzem uma concepção estigmatizadora tanto da lepra, a partir do século XIX, quanto da Aids, no final do século XX. Tronca (2000: 15) trabalha com uma história cultural

da doença, privilegiando a questão do imaginário social "como, talvez, o principal instituidor da história". Sua narrativa procura contrapor o discurso estético, a partir da ficção, ao discurso científico, isto é, o ponto de vista médico sobre a doença, demonstrando que ambos trabalham com representações, ambos são construções sociais. Tronca define três temas que, segundo ele, organizam as representações em torno da lepra e da Aids: a raça, a sexualidade e a geografia. Ele ressalta que tanto os temas quanto os elementos alegóricos, presentes nos discursos literários e científicos, aparecem em constante interpenetração, não sendo possível tratálos com esquemas teóricos rígidos.

Herzlich (1991) assinala que o estudo da representação social da doença deve sempre levar em conta a articulação entre a patologia de uma época, a configuração histórica e ideológica que a contextualiza, e o estágio de desenvolvimento da medicina, pois a representação não é um simples reflexo do real – ela está enraizada na realidade social e histórica que ao mesmo tempo contribui para construir. Como afirma (1991: 23), "é englobada na imagem de uma sociedade que a doença adquire uma significação". A autora estuda as representações de saúde e doença como uma realidade *sui generis*, fora dos modelos médicos. Inspira-se na linha dos trabalhos antropológicos, mostrando a existência, em cada sociedade, de um discurso sobre a doença que não é independente do conjunto das construções mentais de expressão dominante.

Defendendo a idéia de que os sintomas e as disfunções só adquirem sentido e se organizam como 'doença' na medida em que introduzem uma modificação na vida do doente e na sua identidade social, Herzlich propõe análises em que a dimensão social da doença é inerente à construção do que chamamos doença. Considerar a saúde e a doença como realidades orgânicas independentes tanto do espaço e do tempo, quanto das características dos indivíduos e dos grupos atingidos por uma doença, é restringi-las à leitura exclusiva do saber médico e não percebê-las como realidades que têm dimensões sociais. Ao analisar a utilidade da representação social no campo da doença, Herzlich mostra que, seja qual for a importância da medicina moderna, a doença é um fenômeno que a ultrapassa e a representação não é apenas um esforço de formulação mais ou menos coerente de um saber, mas também de interpretação e questão de sentido. A interpretação coletiva dos estados do corpo coloca em questão a ordem social, revela-nos as relações existentes entre o biológico e o

social. Por meio da saúde e da doença temos acesso, portanto, à imagem da sociedade e de suas imposições aos indivíduos.

Nessa linha de reflexão, Herzlich analisa os processos cotidianos de construção da doença bem como as categorias e formas de racionalidade presentes nos diversos registros (inclusive os literários), pelos quais os indivíduos tentam traduzir e organizar suas experiências. Ela deixa claro em seguidos trabalhos que a previsão de condutas individuais não é objeto dos estudos de representação social. Seu interesse repousa na leitura de fenômenos coletivos, já que a representação social permite tanto a compreensão de alguns problemas candentes do ponto de vista da sociedade, quanto o esclarecimento de alguns aspectos referentes à sua apropriação pelo corpo social, a partir de debates e conflitos protagonizados por diferentes grupos.

Outro aspecto a ser considerado na análise da representação social da doença é o da elaboração do discurso médico. Da mesma forma que o saber dos doentes depende, pelo menos em parte, do saber dos médicos, a própria história da medicina nos mostra que as relações entre saber médico e concepções do senso comum podem dar-se como via de mão dupla. Na verdade, não se trata apenas de admitir categorias biológicas, sociais e éticas no saber e na prática médicos; trata-se, antes, de detectar manifestações de representações 'profanas' da saúde e da doença, enraizadas na realidade social, que informam numerosos elementos do saber médico.

Segundo Rosenberg (1992), somente quando se nomina um fenômeno como doença é que lhe é atribuído um sentido. Dessa forma, a dor e os sintomas são definidos, dotados de significação e socialmente rotulados. Pode-se observar que todo significado só é lógico para o indivíduo porque é socioculturalmente legitimado por seus semelhantes. As representações sociais, sendo produzidas e apreendidas no contexto das comunicações sociais, são necessariamente estruturas dinâmicas, caracteristicamente flexíveis e permeáveis, fazendo com que o estudo empírico das representações revele, freqüentemente, a concomitância de conteúdos mais estáveis e de conteúdos dinâmicos, mais sujeitos à mudança. As representações sociais são tanto a expressão de permanências culturais quanto o *locus* da multiplicidade, da diversidade e da contradição. Assim, as representações sociais são campos socialmente estruturados na interface de contextos sociais de curto e longo alcance histórico. Pode-se considerar as narrativas literárias e as científicas essenciais para revelar a complexa função cultural das representações sobre a doença em nossa sociedade, interpretando e contrapondo as alegorias

existentes em um e em outro discurso. Portanto, somente levando-se em consideração esses dois níveis de percepção é que se pode apreender, na sua integralidade, o processo de construção social da doença.

Notas

[1] O trabalho de Pedro Nava a que me refiro aqui é *Capítulos da História da Medicina no Brasil*, publicado em *Brasil Médico-Cirúrgico* (1949: 3-32). O memorialista escreveu *Baú de Ossos* (1973), *Chão de Ferro* (1976) e *O Círio Perfeito* (1983), entre outras obras.

[2] Lucien Febvre, na sessão inaugural do *Collège de France*, em 13 de dezembro de 1933, disse: "Dado? Não, criado pelo historiador e, quantas vezes? Inventado e fabricado, com a ajuda de hipóteses e conjecturas, por um trabalho delicado e apaixonante (...). Elaborar um fato é construí-lo." (apud Le Goff, 1984: 167).

[3] A respeito da desordem urbana ocasionada por uma doença, a epidemia de gripe espanhola, ver, por exemplo, Brito (1997).

[4] Imhof (1978: 98) faz referência à ocorrência de inúmeros nascimentos pré-matrimoniais no distrito de St.Veit, Áustria, no período de 1870/74 – dados colhidos nos registros das igrejas. A investigação do historiador Michael Mitterauer, que avaliou todas as possibilidades para um índice tão alto (70%), concluiu que este teve pouco a ver "com moral frouxa, com desagregação dos costumes e com promiscuidade" e, sim, com um clero mal-preparado para atender a região na realização de casamentos.

[5] Em entrevista publicada na revista *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 9(1): 205-212, jan-abril, 2002, Porter refere-se especialmente a Arthur Kleinman, antropólogo, médico, autor de *The Illness Narratives, Suffering, Healing and the Human Condition*, entre outras obras.

[6] As autoras analisam a representação social das doenças e a construção social do doente em várias épocas e, conseqüentemente, os diferentes significados da morte.

[7] Sobre representações da morte e os significados dos rituais fúnebres, ver Da Matta (1985) e Reis (1991).

[8] Sobre os artigos de Glazer e Strauss, ver Herzlich (1993).

[9] Esta coletânea intitulada *História*, organizada por Le Goff e Pierre Nora, compõe-se de três volumes: 1. Novos problemas, 2. Novas abordagens e 3. Novos objetos.

[10] Ver White (1991), sobre as formas de tratamento dadas à questão por várias correntes da sociologia, e Augé & Herzlich (1986).

[11] Esta tese foi publicada pela Editora Fiocruz, em 2001, sob o título *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*.

[12] Podemos aqui arrolar alguns exemplos de obras literárias conhecidas que se prestam como fonte de estudo para a representação social da doença: em relação à Aids, *Para um Amigo que Não Me Salvou a Vida* (1995), de Hervé Guibert, e *Triângulo das Águas* (1991), de Caio Fernando Abreu; em relação à tuberculose, *Diário e Cartas* (1996), de Katherine Mansfield, e *A Montanha Mágica* (1984), de Thomas Mann.

[13] Pôrto (1997) utiliza esse conceito para revelar o processo de reconstrução do fenômeno de adoecimento no que ele explica os sentimentos e as concepções do enfermo sobre o que está se passando com ele. Na verdade, a autora traça uma trajetória de vida, menos como conceito central do que como forma de se perceber a trajetória de um doente específico, no caso Manuel Bandeira.

[14] Bandeira adoeceu de tuberculose em 1904, aos 18 anos de idade, o que o obrigou a interromper os estudos de arquitetura e percorrer um itinerário terapêutico. Como expressou, mais tarde, em poesia: "Criou-me, desde eu menino/ Para arquiteto meu pai./ Foi-se-me um dia a saúde.../ Fiz-me arquiteto? Não pude!/ Sou poeta menor, perdoai!"

2 A Tuberculose no Início do Século XX

Da Tísica à Tuberculose

Tuberculose é uma doença infecciosa, de evolução crônica, causada pelo bacilo de Koch, que o doente expele ao tossir. Tal moléstia encontra um campo fértil para seu desenvolvimento entre indivíduos já debilitados por condições de vida e trabalho precárias. Atinge, principalmente, os pulmões, provocando fadiga, febre, emagrecimento, tosse e dor no peito. É tratada e curada por quimioterápicos. Se não houver tratamento, o doente pode, em fase avançada da doença, apresentar escarro com sangue – a hemoptise.

Mas nem sempre o conhecimento que se teve da tuberculose foi esse. Até a descoberta do bacilo de Koch, em 1882, atribuía-se à doença uma origem hereditária. Em geral, quando uma pessoa adoecia, vários membros da família também eram acometidos pela doença, que, não raro, dizimava a todos, o que reforçava entre os médicos a crença na hereditariedade. Os médicos não percebiam que o confinamento familiar favorecia a propagação da doença na família.

No início do século XIX, o senso comum elaborou uma visão romântica da doença. A tísica seria a expressão física de uma interioridade rica em sentimentos conturbados, sendo reconhecida no campo artístico e literário como a doença da paixão. Sontag (1984: 31) mostra que, na "mitologia da tuberculose, geralmente há alguns sentimentos de paixão que provocam o ataque da doença ou que se exprimem nesse ataque". Tema recorrente para os escritores românticos, eram raras as obras literárias e

artísticas que não incluíam tísicos entre seus personagens (Bertolli Filho, 1993). A *facies tísica*[1] expressava a inexorabilidade da morte ante o acometimento da tuberculose tanto pelo fatalismo da herança como pela falta de métodos terapêuticos eficazes, que o conhecimento científico só mais tarde traria.

Com a revelação da etiologia da doença, a concepção de mal contagioso, com um agente transmissor específico, foi se consolidando até assumir o lugar da hereditariedade. O avanço do conhecimento científico sobre a doença e a nova organização social trazida pela industrialização deslocaram, claramente, a incidência maior da tuberculose para as classes trabalhadoras. Nos inícios do século XX, a doença tornou-se, de maneira indiscutível, uma patologia de caráter social, isto é, de ocorrência e propagação estreitamente ligadas às condições de vida e de trabalho.

Os ricos dispunham de habitações arejadas, com boa iluminação natural, e, quando adoeciam, retiravam-se para um sanatório onde eram submetidos a tratamento higiênico-dietético e de repouso, evitando, com isso, a propagação da doença.[2] Na Inglaterra do final do século XVIII e, um pouco mais tarde, em outros países, os trabalhadores, além de submetidos a fatigantes jornadas de trabalho, aglomeravam-se nas cidades, vivendo promiscuamente em habitações mal iluminadas e pouco arejadas. Corriam, assim, maior risco de adoecer, com o agravante de não terem acesso ao tratamento da época.[3]

As teses defendidas no Congresso para a Luta contra a Tuberculose,[4] realizado em Berlim em 1899, foram da maior importância para consolidar o entendimento da "contagiosidade da doença e da intensidade de sua propagação entre as pessoas que vivem e trabalham em comum, em espaços fechados, mal asseados, mal arejados e mal ventilados" (Fraenkel, 1899: 343). Estabeleceram, como "um verdadeiro dever social do Estado", a luta contra a doença: "Ela deve ter por fim, não só combater a propagação e disseminação do agente específico da tuberculose, como ainda levantar a existência orgânica dos indivíduos" (Kohler, 1899: 283).

O relator Gerhardt (1899: 284), de Lübeck, após afirmar que era entre a classe operária que a tuberculose fazia maior número de vítimas, sustenta que "se os indivíduos tuberculosos não têm os meios necessários para se tratar em sanatórios, seu tratamento deve ser, se for necessário, assegurado pelo Estado". Conclui que as sociedades de seguro na Alemanha "têm todo o interesse em associar-se à luta racional contra a propagação

da tuberculose entre as classes operárias", pelo fato de a incapacidade para o trabalho, causada pela doença, levar os tuberculosos a retirar das Caixas os socorros contra a invalidez. A existência de um seguro social na Alemanha foi fundamental para a destinação de elevados recursos financeiros à construção de sanatórios para tratamento de tuberculosos.[5]

Em comunicação apresentada ao X Congresso Internacional de Higiene e Demografia, em 1900, Landouzy (1900: 420) discute a freqüência da doença e, baseado em estatísticas publicadas pelos diversos estados europeus, conclui que: "a tuberculose aparece como uma moléstia popular, uma pandemia, cuja disseminação aumenta na razão direta do acréscimo incessante da densidade das aglomerações urbanas".

Ao definir a assepsia e o isolamento como os princípios básicos da profilaxia da tuberculose – profilaxia esta que repousa sobre a noção fundamental de que se trata de uma doença contagiosa e evitável –, Landouzy propôs medidas necessárias à aplicação desses mesmos princípios e, ao avaliar os progressos realizados até então na luta contra a doença nos países europeus, reafirma que os governos, com raras exceções, nada fizeram e que essa tarefa coube mesmo à iniciativa particular, por meio da criação de ligas, de associações e da organização de congressos médicos periódicos. "A estas Ligas, a estes Congressos, não era possível pedir a execução das medidas editadas (...) a iniciativa privada podia apenas instruir o público e promover um movimento da opinião em favor da luta travada" (1900: 16). Para Landouzy, esse movimento da opinião pública seria a única forma de "impor aos poderes públicos a aplicação das medidas propostas" (1900: 16).

Se na Europa, a responsabilidade do Estado com uma política efetiva de combate à tuberculose se mostrava incipiente, no Brasil, a situação era muito mais grave, assumindo contornos ainda mais expressivos.

Miseráveis e Esquecidos

Em fins do século XIX e inícios de XX, a tuberculose era a maior responsável pela mortalidade na cidade do Rio de Janeiro. Todos os anos ela eliminava grande contingente da população, só sendo sobrepujada por outra doença nos anos de epidemia.[6]

Se, aparentemente, essa mortalidade se distribuía indistintamente por toda a população, a ver mais de perto, verifica-se que a sua intensidade

se dava de maneira diferenciada. A população não se distribuía homogeneamente pela cidade quanto às condições de habitação; a inserção no trabalho não era a mesma para todos, os alimentos não estavam igualmente acessíveis, nem se tinha igual acesso aos recursos médico-sanitários.

Desde a segunda metade do século XIX instalava-se na cidade do Rio de Janeiro um contingente crescente de imigrantes estrangeiros que aqui chegavam com a expectativa de uma vida melhor. Havia também um outro fluxo de imigrantes: o dos que aqui aportavam, mas seguiam para outros estados – principalmente São Paulo, onde, ao contrário do Rio, expandia-se no setor cafeeiro. Constituía-se assim um significativo contingente de população flutuante no Rio de Janeiro. Vinham, ainda, ex-escravos oriundos das fazendas de café da região fluminense do Vale do Paraíba. Alguns eram absorvidos pelo mercado de trabalho, no setor de serviços e na indústria nascente, que precisava de mão-de-obra abundante e barata para sua expansão. Outros ficavam à margem do mercado (Mello, 1978).[7]

Dessa forma, o Rio de Janeiro tornou-se o cenário de uma população altamente diferenciada. De um lado, uma massa abundante de trabalhadores que nem sempre estava empregada e, quando estava, recebia salário insuficiente para moradia e alimentação adequadas. De outro, a classe dos proprietários, do comércio ou da indústria, e os altos representantes da estrutura político-jurídica, que tinham ao seu dispor, porque podiam comprar, os bens necessários para manter uma condição de vida privilegiada.

Em *O Rio de Janeiro do Meu Tempo*, escreve o cronista Luiz Edmundo (1987: 53) sobre a pretoria de São José: [8]

> As ruelas que se multiplicam para os lados da Misericórdia, (...) estreitas, com pouco mais de metro e meio de largura, são sulcos tenebrosos que cheiram mal. Cheiram a mofo, a pau-de-galinheiro, a sardinha frita e suor humano (...). Casas onde a gente adivinha, em fundos apodrecidos pela umidade e pelos anos, gatarrões hercúleos e cães violentos, todos em fúria, a despedaçar ratazanas colossais, quase tão grandes como carneiros!

Quanto à população do morro do Castelo, Edmundo (1987: 65) assim a descreve:

> (...) gente que sai de casa pela madrugada, para exercer empregos em lugares distantes, a lata do almoço embrulhada em papel de jornal; homens de carão pálido e chupado, o cabelo por cortar, a barba por

> fazer, denunciando moléstia ou penúria extrema; mulheres, das que são o tombo da casa, as burras de trabalho, de ar desalinhado e pobre, as saias de cima, em rodilha, na cintura, úmidas da água dos tanques onde trabalham o dia inteiro; crianças de ar enfermiço, amarelas e secas, o corpo coberto de feridas (...) umas moçoilas pálidas, cheias de olheiras e sardas, que trabalham cosendo para o Arsenal de Guerra e vivem se queixando de pontadas no lado do pulmão, tonteiras e falta de ar. Pobres raparigas de lábios brancos e sorrisos que fazem mal, com trinta anos e já cheias de melancolia, de rugas e cabelos brancos.

Estes fragmentos traduzem bem a imagem da cidade no seu cotidiano vivido pela população menos favorecida. No final do século XIX e início do XX, o Rio de Janeiro nada mais era do que um aglomerado de pequenas vias insalubres, atopetadas de cortiços, onde pululava a massa heterogênea de trabalhadores e miseráveis dividindo o mesmo espaço.

A maior parte dos habitantes da cidade era obrigada a uma convivência estreita com todo tipo de insalubridade, o que contribuía para a disseminação de moléstias que minavam ainda mais as forças daqueles que quase já não as tinham para ganhar o sustento diário. Exceto para poucos, viver na cidade do Rio de Janeiro constituía-se, assim, uma verdadeira prova de resistência física e moral, pois que a grande massa da população aqui concentrada tinha de se defrontar tanto com a escassez de trabalho quanto com as más condições de habitação e alimentação.

A alta incidência da tuberculose entre a população pobre do Rio de Janeiro aparece, portanto, como expressão necessária tanto da configuração de um espaço urbano deteriorado, quanto do baixo nível das condições de vida dessa população condenada a viver nesse espaço.

No ano de 1895, a incidência maior de óbitos por tuberculose, segundo a circunscrição civil, foi na pretoria de Santana (3,5 por 1.000 habitantes) e na de São José (3,3 por 1.000). Sobre a pretoria de Santana, lê-se no relatório desse mesmo ano de 1895, produzido pela Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), que,

> pela sua grande população, em geral constituída pelo proletariado e cheia de estalagens e cortiços, alguns em péssimas condições higiênicas e outros insaneáveis, não admira que forneça todos os anos um grande contingente de óbitos" (DGSP, 1896: 78).

A distribuição da prevalência da tuberculose fazia-se, portanto, comprovadamente, de maneira diferenciada por grupos de população, segundo sua condição de vida e trabalho. Fontenelle (1949), estudando a

distribuição da mortalidade por grupos de idade no período 1903-1930, apontou uma curva ascendente no grupo de 20-29 anos e o ápice na faixa etária de 30-39 anos. A maior freqüência de mortalidade por tuberculose dava-se exatamente no período de vida produtiva em que o indivíduo está de uma forma ou de outra vinculado a um tipo de atividade econômica e, portanto, duplamente exposto ao risco do contágio, isto é, na moradia e no trabalho (Fontenelle apud Barreto, 1949: 511).

No início do século XX, a maioria dos trabalhadores do Rio de Janeiro tinha uma jornada de trabalho de 12 horas, em locais sobremaneira insalubres. Em função dos baixos salários, comiam mal e moravam precariamente – elementos fundamentais na epidemiologia da tuberculose.

Everardo Dias (1977: 45) descreve a situação dos trabalhadores brasileiros no início do século XX, relacionando-a à tuberculose:

> (...) uma base salarial baixíssima, salário de escravo, exploração brutal do braço humilde que se encontrava em abundância no país, gente de pés descalços e alimentação parca (um punhado de farinha de mandioca, feijão, arroz, carne seca) (...) café adoçado com mascavo e um pouco de farinha, pois pão era artigo de luxo, bem como o leite, a carne, os condimentos, os legumes (estes últimos desconhecidos na casa do trabalhador). E quanto à moradia, estava confinada a barracões em fundo de quintal, em porões insalubres, em casebres geminados (cortiços), próximos às fábricas e pelos quais pagava de aluguel mensal 15, 20, 30 mil réis (...). A anemia e a tuberculose faziam abundante ceifa anual.

Fica claro que as condições de moradia da maior parte da população no Rio de Janeiro predispunham ao acometimento da doença e facilitavam a sua propagação. Às habitações coletivas,[9] que favoreciam o contágio pela superpopulação (alta densidade domiciliar), somava-se a deficiência de ação dos agentes naturais de desinfecção dos escarros (luz solar e ventilação, cuja falta deprime as defesas orgânicas dos indivíduos). Assim, havia uma disseminação quase que universal da tuberculose, entre a camada da população mais pobre da capital federal.

Fontenelle, em seu trabalho *Salubridade das Habitações Coletivas no Rio de Janeiro*, de 1918, apresenta dados que tornam irrefutável o quadro descrito, mostrando uma ocorrência de óbitos nas habitações coletivas quase três vezes maior que nas habitações comuns unifamiliares (Fontennelle & Barreto,1918:13). Luiz Edmundo (1987), no capítulo intitulado 'Vida do cortiço', ilustra de forma bastante expressiva o agravo que a tuberculose causava aos moradores das habitações coletivas:

> Ruídos cavernosos, que acabam fazendo a ronda da estalagem e que lembram, ora um rouquenho e triste marulhar de ondas, ora um sinistro coaxar de rãs. São os tuberculosos que tossem, despedindo-se da vida, de olhos cercados por olheiras roxas, as faces encovadas, sobre esteiras podres ou sobre catres de palha pejados de molambos. São os pobres que esperam a morte, o rabecão da Santa Casa, de boca fria, trêmula, toda manchada de catarro e sangue... Não raro, uma dessas janelas abre-se de repente, para que uma voz entrecortada de soluços atire um brado angustioso, mas que se perde pela noite escura: – Morreu! Deus meu! Como eu sou desgraçada! (1987: 149)

Era, portanto, nesse contingente de miseráveis esquecidos como cidadãos que mais se disseminava a tuberculose.

A Nova Capital

A tuberculose não fazia parte da pauta de preocupações do governo, ocupado com as doenças epidêmicas. Pela forma como se desenvolveu, o centro do Rio de Janeiro preservava condições materiais favoráveis ao aparecimento de epidemias, ocupando a febre amarela posição primordial na atenção do Estado. Tal posição era reforçada, ainda segundo Luiz Edmundo (1987: 8), com a predileção da doença pelos estrangeiros que aqui aportavam:

> Se a febre amarela, por uma enternecedora intuição patriótica, poupa o nativo, ceifando o leiteiro, que não é do país, de preferência, esse, por sua vez, desforra-se ceifando com o leite malsão que, criminosamente, vende, a vida de nossas criancinhas.

O descaso do Estado com a tuberculose estava na proporção inversa da sua preocupação com o saneamento do Rio de Janeiro, que, desde 1870, mobilizava as autoridades, confrontadas com uma situação sanitária alarmante, toda vez que a cidade era assolada por uma epidemia – e, nessa época, a freqüência de violentos surtos de febre amarela e varíola foi bastante regular. Várias comissões foram constituídas e diversos planos de reforma urbana elaborados desde então.

Em 1874, constituiu-se a Comissão de Melhoramentos da Cidade do Rio de Janeiro, integrada pelos engenheiros Jerônimo R. M. Jardim, Marcelino Ramos da Silva e Francisco Pereira Passos, para analisar as causas dos altos índices de febre amarela e propor medidas de saneamento.

Mais tarde, ainda nesse período, a comissão passou a ser integrada por médicos, o que significou a adoção de novos conhecimentos de higiene que colocavam o homem como fator primordial da difusão das doenças transmissíveis. Esta nova equipe foi chefiada pelo Barão do Lavradio, que ocupava também o cargo de presidente da Junta Central de Higiene. Mas nenhuma dessas iniciativas, por motivos políticos ou técnicos, deu conta de alterar significativamente o quadro de epidemias (Fritsch, 1986).

A república nasce, assumindo a tarefa de sanear a cidade do Rio de Janeiro. Floriano Peixoto, em mensagem de 1892, ao salientar que as epidemias resultavam em "grave prejuízo da situação interna e externa do país", afirmava ser "inadiável uma resolução definitiva do problema complexo do saneamento desta capital, ainda que com os sacrifícios de avultados dispêndios" (Brasil, Câmara dos Deputados, 1978: 70).

No que se refere à saúde pública, os governos republicanos, sucessivamente, preocuparam-se com o saneamento da capital federal, explicitamente motivados pelos interesses do comércio internacional. Mas a sua intervenção era limitada pelos entraves políticos da descentralização do poder, definida pela Constituição de 1891.[10] Em contrapartida, a economia do município não permitia a realização de projeto de tão alto custo financeiro como reconhecia o próprio governo federal.

Assim, sobre a capacidade orçamentária do município, foi bastante ilustrativa a mensagem de Floriano Peixoto em 1894 ao afirmar que as condições sanitárias da capital:

> (...) aconselham a adoção de medidas que habilitem o governo municipal a desempenhar-se do compromisso que lhe incumbe acerca do saneamento da cidade, pois que, evidentemente, não cabem nas forças do orçamento municipal as grandes obras e melhoramentos materiais de que carece a Capital da União. (Brasil, Câmara dos Deputados, 1978: 94)

Não eram, contudo, as condições de saúde da população trabalhadora que residia no Rio de Janeiro que estavam em jogo, mas, sim, o rápido crescimento da economia do país e a intensificação das atividades portuárias. Tanto que a tuberculose não se incluía nas propostas sanitárias governamentais, que especificavam, somente, a febre amarela e a varíola, acrescidas da peste bubônica a partir de 1900.

Foi no governo de Rodrigues Alves que o projeto político de saneamento da capital veio a se concretizar, sendo considerado "primordial para o reerguimento da vida econômica do país" (Brasil, Câmara dos

Deputados, 1978: 311). Ressaltem-se as condições políticas e técnicas favoráveis à sua viabilização. Os Serviços de Higiene Defensiva da capital passaram, por decreto, à administração do governo federal, em julho de 1902, sendo sancionada a transferência em 2 de janeiro de 1903 (Fontenelle, 1922: 430). Somaram-se a isso os novos instrumentais técnicos criados com as descobertas de Pasteur no campo da microbiologia e da bacteriologia, que possibilitavam o combate às doenças epidêmicas.[11] O projeto político de Rodrigues Alves foi concretizado pelo plano urbanístico de Pereira Passos, prefeito do Distrito Federal, e pelo plano sanitário de Oswaldo Cruz, diretor geral de saúde pública.

A essa altura havia unanimidade de diagnóstico sobre a insalubridade da capital federal. O que não era unânime era qual estratégia adotar para saneá-la. Não foi fácil para Oswaldo Cruz conseguir implementar sua política de saneamento. Antes de iniciar a execução do plano, o sanistarista sofreu grande resistência, mesmo da classe médica. A proposta de profilaxia da febre amarela foi alvo de duras críticas dos médicos que se dedicavam à clínica liberal. Estas críticas, motivadas aparentemente por questões científicas, encobriam uma forte oposição entre a clínica liberal e a medicina experimental, pois, segundo Solis (1982), a legitimação da medicina experimental – principal tema do V Congresso de Medicina e Cirurgia, realizado no Rio de Janeiro em 1903 – implicaria a dependência das práticas médicas às orientações ditadas pelos laboratórios e institutos de pesquisa, com a perda progressiva de sua autonomia.

Por fim, com a concorrência do governo federal, concretamente implantado na cidade do Rio de Janeiro, Pereira Passos e Oswaldo Cruz atuaram com todo rigor autoritário, respaldados juridicamente e articulados em nome do saneamento e modernização da capital. Largas avenidas foram construídas, prédios demolidos, cortiços afastados da área central, ambulantes retirados das ruas. E a saúde pública, organizada militarmente, dizimou os mosquitos da febre amarela, exterminou os ratos, vacinou contra a varíola, procedeu a milhares de inspeções e desinfecções domiciliares, interditou casas comerciais, cortiços etc.[12] A capital federal transformou-se e adquiriu feição civilizada, moderna e higiênica. Estavam removidos, assim, os obstáculos ao desenvolvimento das atividades comerciais, financeiras e políticas da capital e garantidos o fluxo imigratório e o comércio internacional.

Entretanto, o beneficiário dessa 'nova capital' não foi a população como um todo. A modernização da cidade não implicou uma modificação

das condições sociais vigentes; ao contrário, só aprofundou as diferenças entre aqueles que desfrutavam de condições de vida privilegiadas e os que lutavam diuturnamente pela sobrevivência.

As dificuldades cada vez maiores de fixação no centro da cidade empurraram os trabalhadores para áreas que passaram a concentrar a pobreza, vítimas do desinteresse privado e estatal: os subúrbios e as favelas. O movimento em direção aos subúrbios deu-se em função do baixo valor dos terrenos e da expansão da rede ferroviária, que facilitava o transporte para o trabalho. As favelas, surgidas nos morros, próximos do trabalho e cujos terrenos nada custavam, formaram-se e cresceram sem os equipamentos urbanos mínimos necessários como o abastecimento de água, rede de esgotos e energia elétrica. Os barracos eram construídos com material inadequado – latas, papelão, folhas velhas de zinco, madeira podre etc. – e sem qualquer norma de higiene. Desse modo, essas moradias, assim como as habitações coletivas, constituíam focos de insalubridade, companheira da tuberculose.[13]

Com as doenças epidêmicas entrando em franca regressão, a tuberculose começou a ganhar espaço no discurso oficial, que reconhecia o caráter social da doença e admitia a necessidade de um programa sanitário para combatê-la. Aparecia em destaque a questão da habitação relacionada à incidência do mal. Bulhões de Carvalho (1904: 15), médico-demógrafo da DGSP, estabelecia essa relação de forma clara

> A distribuição geográfica da tuberculose na cidade acompanha paralelamente a densidade da população e as precárias condições de habitação. Onde é mais densa a população e onde mais abunda o proletariado, é também onde mais avulta o obituário da tuberculose.

Ao contrário da febre amarela, da varíola e da peste bubônica, que para os sanitaristas expressavam atraso nacional, a tuberculose era vista como doença própria da civilização. Mas é claro que não da civilização em si, mas de um processo de crescimento desordenado e discriminatório. E, embora a tuberculose passasse a ter lugar no discurso oficial, foram poucas as tentativas de enfrentamento da doença no âmbito governamental, e mesmo assim sem resultados práticos, nas duas primeiras décadas do século XX.

Nas instruções da DGSP de 1902, a 'tuberculose aberta' aparece como doença de notificação compulsória, junto a outras moléstias transmissíveis. A medida é mantida no Regulamento Sanitário de 1904, que, entre outras determinações referentes à tuberculose, estabelece que os doentes não

podem residir em habitações coletivas nem trabalhar em casas comerciais, o uso obrigatório de escarradeiras em lugares públicos e a prova tuberculínica para os animais estabulados (Dec. nº 5.156). Esse decreto trata ainda do isolamento nos hospitais. Seu artigo 225 diz:

> os tuberculosos não poderão ficar em comum com os demais doentes da mesma enfermaria. A Diretoria Geral de Saúde Pública entender-se-á com as administrações dos referidos hospitais a fim de obter o isolamento, tão completo quanto possível, dos tuberculosos hospitalizados. (Dec. nº 5.156)

Essas medidas legais foram inócuas. Por um lado, devido à falta de ação concreta do poder público, que não tinha a tuberculose como alvo prioritário de intervenção; por outro, em função da precariedade socioeconômica do grupo populacional mais atingido pela doença.

A DGSP lançou mão também do *Conselhos ao Povo* (1903), publicado na imprensa e em folhetos avulsos distribuídos pela cidade, orientando sobre os meios de evitar a tuberculose. Esses folhetos não levavam em conta as condições de vida do público alvo ao ressaltar a importância de habitações amplas e arejadas, boa alimentação e trabalho adequado na profilaxia da doença. Ora, precárias condições de vida e de trabalho eram a realidade da parcela da população mais intensamente atingida pela tuberculose. A contradição fica explícita no item 32 do *Conselhos ao Povo*: "Os remédios para a cura da tísica são dois: um é o ar livre e puro, o outro é a boa alimentação, devendo ambos serem ajudados pelo repouso. O doente do peito deve viver ao ar livre todo o dia" (DGSP, 1903: 26).

Em 1906, Rodrigues Alves solicita ao Congresso medidas legais e orçamentárias para a hospitalização dos tuberculosos indigentes,[14] baseado em relatório do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Esse relatório de 1905 dizia ser chegado o momento, quando as doenças epidêmicas entraram em regressão, de se dar mais atenção à tuberculose: "se alguns dos meios de luta devem ser deixados à iniciativa particular ou à ação das coletividades sociais de beneficência" (apud Almeida, 1978: 236-237), a hospitalização era dever do Estado, "obra de solidariedade humana e de defesa social" (apud Almeida, 1978: 236-237).

O relatório indicava como solução para o problema do isolamento dos tuberculosos indigentes a proposta da Santa Casa de Misericórdia de construção de um hospital, com os custos de edificação e manutenção divididos com o governo. A Santa Casa concorreria com 150:000$000

(cento e cinqüenta mil contos de Réis) para o projeto de edificação, que teria custo máximo de 500:000$000 (quinhentos mil contos de Réis); assumiria a administração do hospital e a metade do ônus de manutenção. A proposta teve parecer favorável da Comissão de Saúde Pública da Câmara dos Deputados, resultando em projeto de lei, mas somente em 1914 vindo a ser concretizada.

Outra tentativa de enfrentar o problema da tuberculose no âmbito do Estado foi o plano de Oswaldo Cruz, ainda diretor geral de saúde pública, em 1907. Ele também compreendia que era hora de combater a tuberculose pela sensível diminuição da incidência das outras moléstias infecciosas na capital federal (Cruz apud Barbosa, 1907). O plano, atualizado tecnicamente, era de realização bastante problemática porque, como iniciativa do Estado, tudo ainda estava para ser feito em relação à tuberculose. A começar pela notificação compulsória, que não era feita sistematicamente pelo próprio médico, constrangido de cumpri-la, por sentir que estaria traindo o doente que o chamara em confiança (Nascimento, 1902: 5-6).

A viabilização do plano dependia de várias instâncias dos poderes Executivo e Legislativo que deveriam estar absolutamente voltados para o controle da tuberculose como uma questão prioritária, tal qual se dera com o saneamento no Rio de Janeiro. O plano não se traduziu em prática sanitária, entendida como "conjunto de iniciativas e intervenções concretas do Estado com o objetivo de alterar um dado padrão sanitário" (Bodstein, 1984: XI), mas teve sua importância como proposta da Saúde Pública no enfrentamento do problema da tuberculose.

Resumindo, a tuberculose não logrou tornar-se uma questão emergente para o Estado na primeira década do século XX. A prática da Saúde Pública, determinada por interesses nacionais de ordem econômica, transparecia não visar, necessariamente, à melhoria das condições de saúde da população em geral.

As elites médicas já consideravam necessário e urgente enfrentar o problema da tuberculose. Discutiam na academia, nos congressos, na imprensa, ocupando o vazio deixado pelo Estado, que não tinha uma política que resultasse na diminuição da mortalidade e morbidade da doença. Articulando-se organicamente, criaram a Liga Brasileira Contra a Tuberculose (LBCT), que sempre buscou uma aproximação com o Estado.

A Liga Brasileira contra a Tuberculose

É importante perceber o significado da Liga no campo da filantropia. Os trabalhos que de alguma forma discutem a filantropia estabelecem uma distinção entre esta e a caridade, entendida esta última como uma assistência desorganizada aos pobres, isto é, sem método científico.[15]

A prática caritativa, até o século XVIII, estava basicamente sob domínio da igreja católica, que estabelecia uma divisão moral da sociedade entre os que tinham o poder de perdoar e os que precisavam ser perdoados. Esta prática tinha por objetivo "aliviar a dor temporária para salvar os seus semelhantes e de assegurar a felicidade eterna após a morte" (Balen, 1983: 41). Propunha a tutela dos ricos sobre os pobres, o que os conduziria ao reino dos céus.

Num momento em que a sociedade busca seu desenvolvimento econômico nos moldes capitalistas e o trabalho começa a ser visto como fonte de riqueza, a tutela dos ricos sobre os pobres passa a ser vista como problemática. Os homens precisam ser livres para vender sua força de trabalho e receber, por recompensa, o auto-sustento – o que deve estar sob sua responsabilidade individual.

As diferenças no grau de apropriação dos meios necessários ao auto-sustento, quer dizer, a desigualdade das condições de subsistência, eram vistas como conseqüência natural do crescimento populacional. Mas seus efeitos, nas grandes cidades, tinham de ser de alguma forma controlados, para não se tornarem óbices ao desenvolvimento do sistema de economia livre.[16]

No decorrer do século XIX ficou evidente que as instituições caritativas, privadas ou religiosas, eram incapazes de lidar efetivamente com a questão da pobreza ou seus aspectos. A concepção de que o pobre tinha o direito de ser socorrido pelo rico ou poderoso, e que este, conseqüentemente, tivesse a obrigação moral de socorrer os pobres, foi combatida na Europa, principalmente, a partir da segunda metade do século XIX, segundo análise de Topalov (1990). Era preciso superar a assistência indiscriminada e distinguir o pobre 'válido' do pobre 'inválido' para o trabalho, isto é: "distinguir os pobres que são duravelmente pauperizados e os operários regulares, provisoriamente em dificuldades" (1990: 397).

Tornou-se necessário operacionalizar essa distinção. O pauperismo, em seus diversos aspectos, passou a ser objeto de estudo de ciências como a medicina, o direito, a economia, a sociologia e outras, que forneceram às

elites sociais e políticas os instrumentos que possibilitaram a classificação das populações. Mas, não só a classificação. Na verdade, as técnicas científicas foram incorporadas pela classe dominante visando a uma intervenção concreta no meio social e, com isso, ao controle de uma situação que as ameaçava sobremaneira e a uma adequação da vida urbana às novas condições sociais e econômicas vigentes.[17]

Nesse momento, surge a filantropia como modelo assistencial baseada no 'cientificismo', capacitado a substituir o modelo caritativo. A filantropia representa, assim, um campo de idéias e iniciativas práticas desenvolvidas pela classe dominante com o objetivo de intervenção social. Utiliza, ainda, o discurso da moralidade não mais para alcançar o reino dos céus, e sim para o distinguir da noção de direito social. Como argumenta Tocqueville (apud Oliveira, 1988: 4), "a assistência como dever moral e não como direito permite excluir o Estado da tarefa de organizar a felicidade pública".

A idéia de responsabilidade do Estado nas questões sociais torna-se o debate predominante, em vista dos prejuízos causados pela industrialização a requererem reparação social. Enquanto uns consideravam que todo dever social era um dever da sociedade e, afinal, do Estado, outros, economistas e liberais, defendiam o dever social como um dever do homem em sociedade e não da própria sociedade (Balen, 1983).

Esse debate remete à discussão da assistência pública e privada como práticas complementares para o enfrentamento das questões sociais advindas da desigualdade. Passa a predominar cada vez mais a opinião de que a assistência aos indigentes era uma obrigação da sociedade a ser cumprida pelo Estado. No contexto da discussão, sobretudo européia, a respeito do combate aos problemas sociais para minimizar suas conseqüências, as elites sociais brasileiras também discutem e assumem papéis reformadores.

No campo da saúde e especificamente da tuberculose, que se encontrava sem assistência por não ser prioridade do Estado, as elites médicas tomam para si esse encargo. As estatísticas de mortalidade, contidas nos relatórios da DGSP, evidenciavam a gravidade do problema, que só encontrava respaldo nos fóruns médicos. A tuberculose foi tema do discurso oficial proferido pelo médico Júlio de Moura (apud Sodré, 1905: 221) no II Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, realizado em 1889, que enfatizou a magnitude da doença e a falta de atenção com ela:

> Tratando-se de uma enfermidade que nos assola com a teimosia inexorável de uma endemia que não tem paradeiro, nós nos achamos na mesma lamentável contingência dos nossos antepassados, lutando tanto ou mais do que eles por um lado com a indiferença pública, por outro com a ineficácia ou mesmo ausência dos meios aconselhados para preveni-la ou debelá-la.

A Academia Nacional de Medicina elaborou (ANM), em 1895, por intermédio da Seção de Higiene, presidida por Souza Lima, um detalhado relatório das medidas de profilaxia indispensáveis para "poupar o povo de tão pesado e funesto tributo pago à tuberculose" (*Anais da ANM*, 1898: 51). Admite-se no texto que "não se pode, é verdade, de um modo positivo, assegurar a cura da tuberculose (...) são vários, múltiplos e seguros os meios capazes de impedir a sua propagação" (*Anais da ANM*, 1898: 51).

Unanimamente aprovado, o texto ficou como 'letra morta' até 1898, quando suas conclusões tornam a aparecer num relatório sobre as "medidas profiláticas exigidas contra a tuberculose" (*Anais da ANM*, 1898: 51-64), lido na Academia de Medicina de Paris por Grancher, causando repercussões 'entusiásticas' no mundo científico.

As discussões e publicações no meio médico, reclamando medidas sanitárias diante da propagação assustadora da tuberculose, tomaram vulto e passaram a circular também na imprensa leiga, com o apoio de escritores de idéias liberais sensibilizados com o problema, como Ernesto Senna e Alcindo Guanabara.[18]

De início desarticulado, o movimento, alimentado pela própria academia e por discussões e realizações no exterior, começou a ganhar organicidade no Rio de Janeiro em 1899, quando Cypriano de Freitas, professor de anatomia patológica da Faculdade de Medicina, conclamou a classe médica a criar um órgão específico para combater a tuberculose. Veio ao encontro dessa proposta a resolução do IV Congresso de Medicina e Cirurgia, realizado no Rio em 1899, que apontou a necessidade de se criarem sanatórios para tuberculosos, entendendo-os como a medida eficaz para impedir a difusão da doença.

Foi o início de um movimento orgânico que levou à fundação da Liga Brasileira contra a Tuberculose (LBCT), cujas bases foram estabelecidas pela comissão composta por Cypriano de Freitas, Ismael da Rocha, Carlos Seidl, Guedes de Mello e Azevedo Lima. Eles estabeleceram que a finalidade da Liga era implantar no país os meios de cura e profilaxia da tuberculose pautados na ciência moderna, com a justificativa de que o Brasil não

podia se furtar a seguir a "grande corrente científica e civilizadora da época" (LBCT, 1901: 5) de combate à doença que causava tão alta mortalidade, principalmente na capital federal.

Este propósito deveria ser cumprido com uma propaganda maciça na imprensa, além de conferências para esclarecimento público sobre o caráter curável da doença e a forma de evitar o contágio. Visava-se também ao cumprimento de posturas municipais referentes ao assunto e à construção de sanatórios onde o tuberculoso pudesse encontrar a cura pela alimentação, aeração e repouso. Reconhecia-se o alto custo do programa, que implicava, portanto, recorrer à contribuição de todos os interessados em saúde pública e no 'engrandecimento pátrio'. E expressava-se a necessidade de assegurar o apoio dos poderes públicos, pois "só assim consagradas a iniciativa particular e a intervenção oficial, em ação solidária contra a peste das civilizações, a Liga verá realizados em benefício da humanidade os meios de cura e as medidas locais de defesa" (LBCT, 1901: 7).

O grupo encaminhou uma carta assinada a um grande número de pessoas, apresentando como dever do cidadão a tarefa de dificultar a propagação da tuberculose, por meio da divulgação dos conhecimentos de profilaxia, e facilitar os meios de cura para os tuberculosos, pela construção de sanatórios, a exemplo dos países civilizados. A carta comunicava a criação da Liga com esses objetivos e convidava para a sessão solene de instalação da entidade. Finalizava solicitando que o destinatário se inscrevesse como sócio da nova instituição (LBCT, 1901: 7).

O comparecimento à sessão solene de instalação da Liga, em 4 de agosto de 1900, na Academia Nacional de Medicina, expressou o resultado desse trabalho. Estiveram presentes, além do arcebispo, que presidiu a sessão, o presidente da república, Campos Sales, alguns ministros de Estado, o diretor geral de saúde pública, Nuno de Andrade, e várias figuras de prestígio das áreas política, social e artística. Cypriano de Freitas (1900: 333), ao discursar na ocasião, referiu-se ao que, aparentemente, ali se consolidava "a religião, aliada à ciência e aos altos interesses econômicos e sociais do País, empreende esta Cruzada, de cujos resultados não é lícito duvidar".

A aliança projetada neste discurso resultou bastante desigual. A direção e a execução do combate à tuberculose, até a década de 20, ficaram basicamente a cargo da Liga. Ainda nessa ocasião, Alcindo Guanabara (1911: 58), em veemente discurso, salientou o "dever e honra da civilização ocidental" de dar combate à tuberculose, e, apelando ao amor cristão para

a concretização dessa tarefa, afirmou ser inadiável o cumprimento desse dever: "Basta de comissões! Basta de relatórios! Basta de vanilóquios! Desçamos ao terreno das aplicações práticas!" (1911: 58).

Estava criada a Liga Brasileira Contra a Tuberculose, com um discurso em que o móvel era o sentimento humanitário e patriótico, e a ciência era colocada como instrumento para a prática da instituição. A fé na ciência, como afirma Luz (1982), era comum aos médicos e intelectuais da época.

A administração da Liga ficou a cargo de uma diretoria apoiada por um conselho consultivo, composto por médicos e engenheiros que tinham como tarefa, além de produzir pareceres sobre questões técnicas, elaborar a propaganda científica acerca da doença, no sentido de vulgarizar as medidas de higiene necessárias ao seu combate e promover a execução das posturas municipais a elas concernentes (LBCT, 1900).

As sucessivas diretorias e conselhos sempre tiveram figuras de prestígio. Os médicos eram, na maioria, militantes da clínica tradicional, que integravam ao mesmo tempo a Academia Nacional de Medicina e a Faculdade de Medicina, com vozes influentes nos congressos médicos, reivindicando essa influência na política em geral. Outros profissionais não-médicos gozavam também de posição social e política privilegiada, ressaltando-se Ataulpho de Paiva, cujo reconhecimento como jurista veio a ser reforçado pelos seus trabalhos sobre assistência pública e privada.

A Liga seguiu, na sua prática institucional, o que ficou estabelecido quando de sua organização no tocante à "ação solidária entre a iniciativa particular e a intervenção oficial" (Freitas, 1900: 333). Em nenhum momento mostrou pretensão de atuar no campo da assistência ao tuberculoso com exclusividade. Em todas as questões que discutiu ou enfrentou com vistas a uma ação concreta, demandou a intervenção do governo. Definiu os limites da assistência privada por entender que várias das questões concernentes à tuberculose dependiam, para sua resolução, não só de medidas legais como de grandes somas de dinheiro. Assim,

> (...) apela para o governo e dele espera um concurso eficaz e prático. Esse concurso, porém, deve não só traduzir-se pela adoção das medidas de que largamente nos ocupamos, quando tratamos da profilaxia da tuberculose, como ainda por contribuições pecuniárias que auxiliem a levar a efeito a obra dos sanatórios. (LBCT, 1901:52)

A posição da Liga quanto aos elementos que contribuíram para tornar a cidade do Rio de Janeiro palco de tão alta mortalidade pela tuberculose,

não difere daquela já apresentada. Reconhecia que as condições de miséria em que viviam os trabalhadores propiciavam um maior acometimento e propagação da doença nesse grupo e discutia os elementos que influíam positivamente para o aparecimento do mal, com propostas para atenuá-los.

Dentre os fatores sociais que a Liga apontava como fundamentais na produção da tuberculose no Rio de Janeiro, e para os quais reivindicava atenção, destacaram-se, principalmente, a casa e o trabalho insalubres e a alimentação insuficiente. A Liga ocupou-se deles tanto nas discussões internas quanto externas, admitindo seu limite de competência e demandando a intervenção do governo nesses fatores.

Além de alertar o governo para a responsabilidade de assumir a tuberculose como questão grave e tomar medidas concretas contra mortalidade tão alarmante, a Liga procurou criar organismos próprios, considerados fundamentais no combate à doença.

Desde a sua fundação, a Liga considerou o sanatório um instrumento primordial para o combate à tuberculose. Em seu primeiro estatuto incluiu, no capítulo VII, diretrizes específicas para sua organização:

> Art. 26 – A liga fundará, logo que reuna os recursos necessarios, um ou mais hospitaes e sanatorios.
> Art. 27 – Nesses hospitaes e sanatorios, ella receberá e dará tratamento systematico aos que forem seus socios ou aos que, ainda que pessoalmente o não sejam, lhe forem enviados, com a devida requisição, por instituições ou corporações que a subvencionem.
> Art. 28 – Haverá no sanatorio pavilhões especiaes, onde se receberão doentes que queiram pagar a diaria que fôr fixada. (LBCT, 1900: 10)

Logo em sua primeira reunião, a Liga buscou angariar os recursos materiais necessários para a criação de uma instituição do gênero. Reconhecido e propagado nos congressos médicos internacionais como o grande instrumento de cura do tuberculoso, o sanatório desempenhava também importante papel na prática clínica liberal, com base na relação médico-paciente.

O tratamento sanatorial não era recomendado a qualquer tuberculoso, mas somente àquele que, avaliado o estágio clínico da doença, ainda tivesse possibilidade de cura. Esse critério aparece explicitamente no Estatuto de 1900, onde no art. 29 do capítulo VII lê-se que: "só serão recebidos

nos sanatórios os doentes julgados em condições de curabilidade" (LBCT, 1900: 11). O médico teria o doente 'cativo' por alguns anos, desenvolvendo estreita relação com ele para poder acompanhar a evolução da doença e construir um conhecimento mais seguro e eficaz a seu respeito, além de aumentar as chances de êxito no tratamento.

Tratava-se de uma proposta coerente com a Liga, uma vez que a maioria dos seus diretores praticava a clínica tradicional. A associação perseguiu esse objetivo por muitos anos, mas, por óbices financeiros, não chegou a concretizá-lo. Várias tentativas foram feitas a partir de possíveis doações de terrenos e contribuições financeiras de toda sorte, mas todas frustradas.[19]

Paralelamente, a Liga deu encaminhamento a um outro projeto. Alcindo Guanabara[20] propôs, em 1905, a criação de uma colônia de férias para crianças, justificando:

> Parece-nos que é chegada a ocasião de se atender mais cuidadosamente para a situação das crianças pobres que definham e se estiolam nessas casas superpovoadas, sem ar e sem luz suficientes (...) essas crianças depauperam-se, enfraquecem-se e são candidatas à tuberculose. (LBCT, 1905: 39)

A partir dessa proposta, a Liga assume a preocupação com a assistência à criança e começa a articular o projeto de um sanatório infantil que se transforma, afinal, em algo que mais se aproximou do objetivo de Alcindo Guanabara, isto é, o acolhimento de crianças enfraquecidas, mas não tuberculosas. Foi o Preventório Rainha Dona Amélia, para o qual a Liga criou caixa própria, alimentada com doações específicas para esse fim, mesmo assim, instalado somente em 1927, na ilha de Paquetá.

Outra questão que ocupou a Liga, e ainda relacionada ao isolamento do tuberculoso, foi a da assistência hospitalar. Apesar de constar do seu estatuto, no mesmo capítulo dos sanatórios, o objetivo de fundar um ou mais hospitais não se percebe nos seus relatórios movimento algum no sentido de assumir para si essa tarefa.[21]

As propostas eram dirigidas aos hospitais gerais da cidade, principalmente o da Santa Casa, pela maior prevalência de tuberculosos em suas enfermarias, recomendando-se o isolamento dos doentes,[22] ou ao governo, por entender a Liga que:

> aos poderes públicos, pelo seu caráter oficial, pelo seu papel na obra de assistência e pela personalidade jurídica de representante dos pobres é que não pode passar despercebida a urgência de amparar em sua des-

ventura aqueles infelizes, organizando e promovendo a criação de hospitais especiais a eles destinados. (LBCT, 1905: 19)

O mesmo relatório aconselha que: "os tísicos não devem permanecer nas salas comuns dos hospitais gerais; a sua hospitalização, mesmo para o conveniente tratamento, não pode deixar de ser em estabelecimentos especiais, que ao poder público cumpre criar" (LBCT, 1905: 20).[23]

Mas é na década de 1910 que se inaugura o Hospital de Cascadura para tuberculosos, resultado de convênio entre a Santa Casa e o governo federal, ao mesmo tempo em que o Hospital São Sebastião, da DGSP, cria quatro pavilhões de isolamento para tuberculosos.

Os dispensários, que não aparecem como finalidade da Liga em seu primeiro estatuto, tornam-se, em pouco tempo, uma alternativa no tratamento da tuberculose, por serem menos dispendiosos que o sanatório. Além disso, experiências na Europa apontavam esse tipo de organismo como fundamental no combate à tuberculose. O primeiro dispensário de que se tem notícia foi criado por Robert Philip em Edimburgo, em 1887. Simples e de baixo custo, tinha por função o tratamento de tuberculosos, a descoberta de focos de contágio da doença, a vigilância e educação sanitárias. A idéia de uma instituição dessa natureza não se difundiu imediatamente, só vindo a ser acolhida na Bélgica em 1899, e, mais tarde, na França e Portugal. A Liga inclui o dispensário em seu segundo Estatuto de 26 de dezembro de 1901, sob a alegação de que: "nos dispensários serão prestados gratuitamente conselhos e consultas aos enfermos de tuberculose que os procurarem e, quando os recursos da Liga o permitirem, também medicamentos gratuitos" (LBCT, 1901: 39).

Realmente, a implantação desse organismo mostrou-se bem mais fácil, a ponto de a Liga criar seu primeiro dispensário em 26 de janeiro de 1902. Ele funcionou, inicialmente, em instalações precárias, em um prédio alugado à rua Gonçalves Dias, no centro do Rio de Janeiro. Já em maio de 1907 teve sua sede própria inaugurada, concentrando, no mesmo prédio, com o nome de Dispensário Azevedo Lima, as suas áreas de funcionamento e a administração da Liga.

A sua função precípua era a profilaxia da doença, mas atuava também no seu tratamento; o serviço prestado era basicamente de educação higiênica[24] e assistência médica, inclusive com atendimento domiciliar, caso o doente não pudesse se locomover até ele. O diagnóstico bacteriológico para identificação do bacilo no escarro era também realizado no dispensário.

O processo de tratamento aplicado no dispensário era bem variado. Ante a inexistência de antibióticos específicos contra a tuberculose, uma gama de medicamentos era utilizada, tanto por via hipodérmica quanto oral. Empregavam-se, por exemplo, conforme o caso, guaiacol, fosfatal, creosotal, tiocol, cacodilato de sódio, arrenal, iodofórmio, ictiol, tanino, ergotina, terpinol, ópio e seus derivados, vanadina, óleo de fígado de bacalhau etc. Esses medicamentos, na sua maioria, tinham a propriedade terapêutica de fortificar o organismo ou acalmar a tosse.[25] A alguns medicamentos era creditada a qualidade de bacteriostático, como o creosoto e o guaiacol. Mas, na verdade, tal propriedade nunca foi confirmada *in vivo*.

Até o advento dos quimioterápicos, na década de 1950,[26] uma infinidade de medicamentos foi ensaiada no tratamento da tuberculose, como várias especialidades farmacêuticas que continham sais de ouro, particularmente depois de Koch haver demonstrado que sais de ouro impediam o crescimento dos bacilos da doença *in vitro* (Waksman, 1966). A tuberculina também foi muito usada como terapêutica, principalmente a Tuberculina Original Antiga (TOA), fabricada no Instituto de Manguinhos e fornecida ao dispensário da Liga gratuitamente. Cardoso Fontes a indicava, fundamentado no poder congestivo que ela exercia em torno dos tubérculos, impedindo o crescimento dos bacilos.

O Dispensário Azevedo Lima foi o único organismo no Rio de Janeiro especializado no tratamento e profilaxia da tuberculose até 1911. O segundo dispensário, denominado Viscondessa de Moraes, foi criado pela Liga com o objetivo de prestar atendimento à população do bairro de São Cristóvão, refletindo uma preocupação com a instalação de unidades dispensariais em bairros operários. Na verdade, esse segundo dispensário não foi objeto da mesma atenção dada ao Azevedo Lima. Transferido para a saúde pública do município em 1916, o Viscondessa de Moraes retornou à direção da Liga em 1918. A partir dessa data, transferiu-se para vários locais diferentes e seu prédio original, à rua Pedro Ivo, nº 260 (atual Av. Pedro II), transformou-se no Instituto Viscondessa de Moraes, unidade de produção da BCG, pertencente à Liga.

Ao desempenhar um papel fundamental na formação de tisiologistas, o dispensário Azevedo Lima permitiu alguns ensaios terapêuticos e a utilização do pneumotórax, técnica cirúrgica criada por Forlanini, na Itália, no final do século XIX. Esta técnica foi sistematicamente aplicada nos pacientes do dispensário Azevedo Lima, a partir de 1914, pelo tisiologista Edgard Abranches.[27]

Quando de sua fundação, a Liga já estabelecia como um de seus propósitos a propaganda maciça de combate à tuberculose, com o objetivo de mobilizar a opinião pública para o grave quadro de mortandade causada pela doença e a necessidade de medidas práticas para modificá-lo. Convencer o público de que a doença era curável e instruí-lo sobre os meios de evitar o contágio eram os dois princípios fundamentais da Liga. Nesse sentido, baseou sua estratégia de ação na realização de conferências populares, na distribuição de comunicações aos jornais, na produção de circulares e folhetos explicativos, enfim, na utilização de todos os meios de convencimento da opinião pública ao seu alcance.

A Liga entendia que, de imediato, "era preciso implantar a idéia, despertar a opinião pública sobre a extensão e a gravidade do mal a combater" (LBCT, 1903: 13). Para isso, contava com a colaboração dos jornais da cidade que publicavam suas notas de esclarecimento. Da sua diretoria participavam jornalistas que tinham influência na política editorial dos periódicos, como Antônio Pereira Leitão, Eduardo Saboya e Ernesto Senna, do *Jornal do Commercio*; e Alcindo Guanabara, conhecido escritor, jornalista e político.

Alguns médicos da Liga também colaboravam com a imprensa, como Nuno de Andrade, de 1905 até 1922, ano de sua morte. Auxiliar poderosa na propaganda da Liga, a imprensa publicou sistematicamente, dirigidos ao povo, conselhos e instruções sobre a profilaxia da tuberculose. Além disso, publicações especializadas como *Brasil-Médico, Revista Médico-Cirúrgica* e *Syniatrica* traziam, com freqüência, artigos científicos elaborados pela Liga, além de informações dirigidas exclusivamente à classe médica. Mesmo os ofícios encaminhados às autoridades de saúde, solicitando medidas saneadoras que impedissem a proliferação da tuberculose, tornavam-se material de propaganda ao serem veiculados na imprensa.

Realizavam-se conferências populares em fábricas, escolas, quartéis e clubes profissionais. Em geral, o conferencista, médico da Liga, apresentava a instituição, formada para dar combate à tuberculose, fazia um breve resumo da história da doença e divulgava o que se sabia até o momento quanto à sua etiologia, sintomatologia, tratamento e, principalmente, profilaxia. As conferências realizadas foram, posteriormente, impressas e distribuídas amplamente, além de publicadas na íntegra pelas revistas médicas.[28]

A Liga decidiu, em 1907, publicar uma revista mensal que servisse de instrumento de propaganda popular. Por razões financeiras, seu primeiro

número só foi editado em 1913, saindo regularmente até 1920, sendo substituída, posteriormente, em 1921, pelo *Almanak*. Ambos tinham por objetivo "despertar cuidados, lecionar higiene, vulgarizar conselhos e colaborar com os clínicos na defesa social" (Ribeiro, 1985: 173).

O dispensário, além de sua função médico-social, era um foco irradiador de propaganda. Não tanto pela eficácia, duvidosa, de sua atividade de educação higiênica, mas pelo fato de chamar atenção para a doença.

Os recursos advindos das contribuições dos sócios, das doações de particulares, das subvenções dos poderes públicos, de associações beneficentes, do produto líquido de festividades beneficentes e de contribuições arrecadadas nas fábricas, escolas, igrejas, quartéis etc., constituíam o patrimônio da Liga.[29] De acordo com os relatórios financeiros anuais, verifica-se que as contribuições dos sócios sempre foram as de menor valor em relação aos outros elementos de receita. No primeiro ano de sua fundação, a maior receita da Liga provinha do resgate dos cupons das companhias de bondes, mecanismo muito utilizado pelas associações beneficentes na época, e dos donativos feitos por particulares (LBCT, 1901).

Mas por saber que com esses recursos não conseguiria realizar seus propósitos, a Liga reivindicava subvenções sistemáticas aos poderes públicos. Dirigindo-se ao governo municipal para obter subvenção, sugeria:

> É certo que a situação financeira atual do Distrito não permite liberalidades de nenhuma espécie; mas é certo também que os poderes municipais podem taxar o vício com que é forçado a transigir e colher dele os meios necessários a combater-lhe os próprios efeitos. Uma das causas, geralmente indicadas, da tuberculose é o alcoolismo (...) confiamos em que não será improfícua esta sugestão, que nos é ditada pelo puro interesse de vermos finalmente aparelhada esta população para a luta contra o terrível flagelo que a dizima. (LBCT, 1901: 52)

Realmente a sugestão teve uma resposta prática em curto prazo, como registra a Liga:

> Ao organizar o orçamento para 1902, o Conselho Municipal, considerando a magnitude e o alcance da obra social que a Liga empreende, consignou a taxa adicional de 5$000 (cinco mil Réis)por licença para o comércio de bebidas alcoólicas e tabaco, destinada a auxiliá-la. (LBCT, 1902)

Essa decisão resultou em uma subvenção municipal para a Liga de 18:635$000 (dezoito mil, seiscentos e trinta e cinco contos de Réis), no ano de 1902, seguida de valores próximos nos anos subseqüentes. Reivindicando

ao governo federal auxílio financeiro, a Liga encaminhou, referindo-se às loterias, sugestão semelhante:

> A única justificação da tolerância dos poderes públicos para com o jogo da loteria está exatamente nisto: que ela supre, de alguma forma, a falta de auxílio a instituições de beneficência e caridade, que não podendo ser subsidiadas pelo Estado, muito interessa e importa, entretanto, à coletividade que existam e subsistam facilmente (...). O Congresso avaliando como lhe parecer justo o alcance e as vantagens práticas desta obra, poderá designar uma parte da renda assim obtida para ser dada anualmente a título de subvenção. (LBCT, 1901: 51)

A resposta a essa solicitação veio sem muita demora: foi assegurada, por resolução do Congresso, subvenção à Liga com verbas oriundas de loterias do Estado. O que demorou foi a execução desta resolução: somente em 1904 a Liga passou a receber, regularmente, as subvenção federal com valor em torno de 24:000$000 (vinte e quatro mil contos de Réis).

Constata-se, finalmente, que o que assegurava, realmente, recursos à Liga eram as subvenções públicas. Como naquela época o Estado não assumia para si a responsabilidade de solucionar os problemas sociais, não definindo políticas públicas que os contemplassem, limitava sua ação ao repasse de recursos para as instituições privadas de assistência. Assim, sua prática comum era a da subvenção, que, em relação à tuberculose, permaneceu exclusiva pelo menos até a década de 20.

Como instituição filantrópica que agia em nome da ciência, movida por sentimentos humanitários e patrióticos (conforme o discurso de seus representantes), a Liga acabava também por servir ideologicamente ao Estado liberal, já que este não tinha um projeto de intervenção social, limitando-se ao papel de financiador das iniciativas da sociedade civil.

Uma Expectativa Ressurge

Aparentemente, no início do século XX, configura-se uma possibilidade de medidas concretas de combate à tuberculose pelo governo federal. Nilo Peçanha, falando ao Congresso já no final do mandato, em 1910, indicava a necessidade de uma reorganização dos serviços de saúde, visando antes de tudo à tuberculose:

Cumpre-me recomendar especialmente ao vosso zelo e solicitude a reorganização dos serviços sanitários a cargo da União, compreendidos aí os serviços referentes ao importante e momentoso problema da profilaxia da tuberculose. (Brasil/Câmara dos Deputados, 1978: 697)

O fato de Carlos Seidl assumir a DGSP em 1912 (no período governamental de Hermes da Fonseca) criou uma nova expectativa: a de que a tuberculose viesse a ser, em curto prazo, uma questão emergente para o Estado. Ao contrário de seus antecessores, Seidl fazia pensar que seria o pioneiro na implementação de uma política estatal de combate à doença. Se não tinha a visibilidade política de Oswaldo Cruz, era um médico atuante na luta contra a tuberculose, participando de fóruns de discussão na Academia Nacional de Medicina, na Faculdade de Medicina e em congressos médicos. Além disso, era membro fundador da LBCT.[30]

Mas, na realidade, esse período foi de grande apatia na saúde pública, como ressalta Bodstein (1984). Em parte, devido à Primeira Guerra Mundial, que veio logo a seguir, houve um corte orçamentário para a saúde e Carlos Seidl pouco ou nada realizou à frente da DGSP. Embora tivesse defendido em outros momentos a luta contra a tuberculose com um plano global de ações, colocando-a como uma das prioridades de sua gestão na saúde pública, limitou-se a propor medidas profiláticas isoladas que o reduzido orçamento da DGSP podia comportar.

Em relatório ao ministro da Justiça e Negócios Interiores (Brasil/ DGSP, 1913: 12), diz Seidl: "pela minha parte, vou fazendo o que posso, dentro das forças orçamentárias da minha repartição". Nesse documento, definia como diretrizes da sua administração no tocante à tuberculose:

No momento presente esta diretoria procura e deseja: educar a opinião pública; difundir os ensinamentos oriundos da higiene moderna; melhorar e desinfetar todas as habitações que possam ter sido inquinadas pelo tuberculoso; dar-lhe a esperança de cura e a certeza de um bom tratamento; isolar os tuberculosos adiantados que se tornarem perigosos e aos quais faleçam recursos para tratamento conveniente a domicílio. (Brasil/DGSP, 1913: 12)

E reiterava: "fazer bem o pouco que pode fazer, mas fazê-lo bem". Mas nem o bom tratamento, nem o isolamento dos tuberculosos adiantados foram realidade. Mesmo com a reativação do Hospital Paula Cândido e a construção de quatro pavilhões de isolamento no Hospital São Sebastião, o número de leitos não era suficiente para a demanda. O próprio diretor da

saúde pública registrava 10,23 óbitos/dia, causados por tuberculose em 1912, na cidade do Rio de Janeiro (Brasil/DGSP, 1913: 13).

A letalidade da doença não era de 100% – o que quer dizer que nem todos que adoeciam morriam – e sua evolução clínica prolongava-se por muitos anos, podendo-se inferir que o número de pessoas doentes de tuberculose era extremamente maior, pois, de acordo com Plácido Barbosa, diretor do que viria a ser Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, para cada óbito por tuberculose, esperava-se de 5 a 10 casos da doença.

A administração de Carlos Seidl foi bastante criticada pelos sanitaristas, pela ausência de medidas efetivas de combate à doença. Após seis anos à frente da DGSP, Seidl a deixou, em 1918, em função do fracasso no combate à epidemia de gripe espanhola, que matou o próprio presidente da República Rodrigues Alves, tornando evidente que a saúde pública não possuía estrutura para dar conta de problemas emergentes.

Já nessa época, estava instaurado um debate cívico pela melhoria das condições de saúde da população brasileira, cujo pano de fundo era um movimento político e ideológico de construção da nação, que considerava necessária a intervenção do Estado na área da saúde de forma global e permanente.

Ao contrário do que propunha a Liga – compartilhar com o governo as responsabilidades no combate à tuberculose, sem que isso implicasse necessariamente uma reestruturação do Estado[31] –, as elites médicas e intelectuais exigiam explicitamente, no final da década de 1910, uma reforma profunda no setor público da saúde.

O diagnóstico da situação calamitosa da saúde, tanto da população dos 'sertões' quanto das áreas urbanas, tornou-se público e unânime, colocando para o Estado a necessidade premente de assumir o problema como uma questão social, o que favoreceu um movimento de reestruturação dos seus serviços.

No contexto internacional já havia a preocupação social, reforçada com a Revolução Russa de 1917. A Conferência de Paz, que marcou o término da Primeira Guerra Mundial, e o Tratado de Versailles, comprometeram internacionalmente o Brasil no sentido de um novo posicionamento em relação às demandas sociais.

O Estado Assume a Questão da Tuberculose

Na capital federal, os serviços de saúde tornaram-se responsabilidade da União. Após duras negociações na Câmara dos Deputados, a criação em 1920 do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), cuja direção foi entregue a Carlos Chagas, representou uma resposta a essa nova situação e caracterizou a ampliação da iniciativa pública no enfrentamento dos problemas da saúde (Hochman, 1998). Em mensagem presidencial de 1920, Epitácio Pessoa ressalta:

> Para atender a justificado empenho do governo, manifestado na mensagem presidencial especial, que vos dirigi o ano passado sobre a lamentável deficiência dos nossos serviços de saúde, criou o Congresso o Departamento Nacional de Saúde Pública, que compreenderá, em todas as suas modalidades, nesta Capital e nos Estados, a profilaxia contra as doenças transmissíveis, a inspeção médica, a profilaxia rural, a assistência infantil e hospitalar, o exame químico dos gêneros alimentícios e o fornecimento de soros, vacinas e outros produtos etiológicos.
>
> Tais serviços não podiam continuar subordinados a uma simples diretoria, com atribuições limitadas ao Distrito Federal, sem os recursos necessários para levar auxílio aos Estados em caso de epidemia. Acresce que, do ponto de vista administrativo, não se compreende a dualidade ainda existente aqui de serviços de higiene federal e municipal sem resultado prático e provocador de freqüentes conflitos de atribuições. O Departamento Nacional de Saúde Pública vai em breve reunir, sob uma direção única, os serviços até agora desempenhados pela União e pela Prefeitura. Dentro de poucos dias, estará publicado o respectivo regulamento, e o Governo ficará aparelhado para solver o problema sanitário e hospitalar nesta Capital, *e nos Estados que solicitarem o seu auxílio*. (grifo nosso) (Brasil/Câmara dos Deputados, 1978: 175).

Na tentativa de enfrentar os problemas de saúde diagnosticados como mais relevantes, novos órgãos foram criados, subordinados ao DNSP, entre eles a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose,[32] cuja direção foi entregue a Plácido Barbosa. De acordo com o Decreto nº 16.300, de 31/12/1923, que regulava o DNSP:

> Art. 581: O Departamento Nacional de Saúde Pública executará no Distrito Federal a profilaxia da tuberculose, por intermédio da respectiva Inspetoria.

> Art. 582: Os Estados e Municípios que desejarem realizar serviços similares poderão entrar em acordo com o Governo Federal, nas bases do art. 9º, P. 1º, do Decreto nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920, entregando a direção técnica e administrativa dos respectivos serviços ao Departamento Nacional de Saúde Pública.
>
> Art. 583: A Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose é encarregada da aplicação de todas as medidas provadas eficazes para combater a tuberculose e favorecer a cura dos infectados dessa doença.

A criação da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, mesmo de âmbito limitado, com poder de decisão restrito à capital federal, indicou o início da tomada de responsabilidade do Estado para com a tuberculose, o que foi observado por Epitácio Pessoa em 1921:

> A profilaxia da tuberculose, por exemplo, permanecia em completo abandono, e prejuízos de toda ordem espalhados, entre nós, por essa doença, não haviam conseguido ainda estimular a ação administrativa no sentido de salvaguardar, nesse terreno, os mais respeitáveis interesses nacionais. As dificuldades de ordem técnica e administrativa, as exigências financeiras do problema, desalentavam os mais decididos e protelavam indefinidamente a ação oficial.
>
> Entretanto, não era justo que, na impossibilidade de realizarmos quanto se havia de mister, cruzássemos os braços ante essa hecatombe de todos os dias, ocasionada pela terrível doença.
>
> A reforma da Saúde Pública procurou organizar uma profilaxia especial da tuberculose baseada em todos os elementos possíveis de ação, principalmente no combate ao contágio, que constitui o fator preponderante da difusão da moléstia, e contra o qual se devem dirigir de preferência as medidas sanitárias. (Brasil/ Câmara dos Deputados, 1978: 307).

A inspetoria tinha como atribuição o registro dos casos de tuberculose notificados, o exame bacteriológico gratuito dos escarros, a visita de educação profilática e proteção higiênica dos tuberculosos, a instrução higiênica do povo, o isolamento hospitalar ou domiciliar dos tuberculosos, a desinfecção de casas e objetos, a visita e inspeção dos estabelecimentos hospitalares, fábricas e escolas (Brasil/DNSP, Dec. nº 16.300).

A estruturação do órgão espelhou-se no plano de Plácido Barbosa, que privilegiava o dispensário como organismo de combate à tuberculose. Plácido Barbosa, em seu plano, ressaltava o papel da higiene como

ordenadora e educativa, portanto fundamental na luta contra a doença, pois entendia que

> o bacilo da tuberculose não está em toda a parte, ele só existe lá onde se encontra o tuberculoso negligente ou sem educação higiênica, que espalha a esmo a sua expectoração. (Barbosa, 1917: 11)

Por outro lado, Plácido Barbosa (1917: 19) reconhecia que:

> não basta, entretanto, a infecção para que exista a tuberculose-doença, alguma coisa mais é necessária (...) a predisposição individual, a resistência orgânica, a pobreza, a habitação insalubre, a imundície, o alcoolismo, a vida encerrada etc, são fatores que contribuem para o adoecimento de tuberculose.

Mas admitia a limitação de um órgão de saúde sobre os elementos sociais que influíam no acometimento e propagação da tuberculose, atribuindo-lhe como função básica a profilaxia direta, recomendando como medidas fundamentais a notificação, o isolamento e a desinfecção. Na direção da inspetoria, Plácido Barbosa tentou imprimir-lhe os propósitos do seu plano, que tinha como eixo central o combate ao bacilo.

Segundo Thibau (1923: 117), tisiologista da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, os anticontagionistas criticavam a organização dada à inspetoria, por considerarem que havia uma preocupação excessiva com o bacilo, deixando de lado os fatores indiretos de produção da doença. Plácido Barbosa contra-argumentava, salientando a limitação própria de um órgão de saúde e o fato de que "a maior pobreza e a maior miséria nunca poderão gerar a tuberculose, se nelas não existir o contágio" (Barbosa, 1917: 20). Thibau considerava positiva a organização da luta contra a tuberculose, definida no Regulamento Sanitário do DNSP, não só por defender como primordial o combate ao contágio, mas por entender que nele estavam contempladas as medidas para a melhoria das condições de vida: a polícia sanitária das habitações, higiene das construções, fiscalização dos gêneros alimentícios, higiene profissional e industrial, higiene infantil etc.

Em 1921, a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose criou, no Distrito Federal, o primeiro Dispensário de Tuberculose da Saúde Pública, em Botafogo, ao qual se refere Fontenelle (1945). "A esse tempo lançamos as primeiras visitadoras, iniciamos um registro central de tuberculose e organizamos um ativo trabalho de propaganda sobre a doença e a obra a realizar para combatê-la".[33]

Para os sanitaristas da época, nada mais eficaz do que a propaganda e a educação higiênica como ação profilática contra uma doença transmissível. Essa concepção tinha como base o modelo americano que via na mudança de hábitos individuais a chave para a profilaxia e, portanto, tinha a educação sanitária como seu instrumento fundamental.[34]

A organização da inspetoria previa a criação de um corpo de enfermeiras visitadoras que seria o principal elemento da educação sanitária. Elas executariam a vigilância sanitária em domicílio, instruindo o doente e a família, prestando informação à inspetoria sobre o tratamento, o trabalho, os recursos do doente e as condições de sua habitação, promovendo, ao mesmo tempo, a propaganda e a educação higiênica contra a tuberculose nos domicílios visitados e distribuindo escarradeiras e lenços.

Segundo Pitanga, tisiologista da inspetoria, a atividade das primeiras visitadoras iniciou-se com a inauguração do dispensário da inspetoria. Em 1921 e no primeiro semestre de 1922, realizaram-se, respectivamente, 18.598 e 14.881 visitas de vigilância profilática e educação higiênica. Esses números significavam que, em relação à visita sanitária, os doentes de tuberculose matriculados no dispensário estavam razoavelmente cobertos, com a média de uma visita mensal a cada doente. Pitanga (1930) registra que o dispensário diagnosticou 2.935 casos de tuberculose entre os 9.791 doentes examinados no ano de 1921, e 3.327 tuberculosos entre os 13.833 doentes examinados em 1922.

Em 1922 foi criado um serviço de enfermeiras de saúde pública, diretamente subordinado à DGSP e não mais à inspetoria, com assessoria técnica de uma enfermeira americana, a partir de um intercâmbio promovido pela Fundação Rockefeller. Mas, a maior demanda dessas profissionais continuou mesmo na área da inspetoria. Os dados fornecidos por Pitanga (1930) indicam que as enfermeiras de saúde pública mantinham uma visita mensal de educação e vigilância profilática a cada doente tuberculoso.

A propaganda dos meios para evitar a tuberculose, intensivamente utilizada pela inspetoria, até onde os recursos financeiros permitiam, era feita por meio de folhetos e cartazes afixados pessoalmente pelos guardas-sanitários da inspetoria em todas as casas comerciais, estabelecimentos industriais e públicos. Segundo Ribeiro (1956), alguns cartazes eram fundidos em esmalte e colocados em locais de grande afluência pública.[35] Os cartazes, de uma maneira geral, referiam-se à responsabilidade de cada um em evitar o contágio: 'Não cuspa no chão', 'Escarrar no chão é má ação', 'Quando tossir ou espirrar ponha o lenço diante da boca' etc.

A inspetoria continuou a construir dispensários, contando com cinco desses organismos em 1927. Esses dispensários funcionavam, articulados com os da Liga. Embora devessem ter um papel preponderante no trabalho de profilaxia, estes dispensários acabaram por assumir também ações terapêuticas que caberiam aos hospitais e sanatórios, em função da carência de leitos, não só no Distrito Federal, mas no Brasil como um todo. Segundo Pitanga (1930: 233):

> A profunda deficiência de meios de assistência entre nós obriga mesmo a que eles sejam principalmente órgãos de tratamento, como o demonstra a cota destinada, no orçamento da Inspetoria, ao serviço de medicamentos, drogas e material para farmácia, não compreendido o que se dispende com o aparelhamento para a prática do pneumotórax.

Além do tratamento medicamentoso, o pneumotórax, técnica cirúrgica indicada para a cura da tuberculose nessa época, já utilizado no Dispensário Azevedo Lima, da LBCT, também começa a ser praticado nos dispensários da inspetoria, mas não sem resistência dos médicos sanitaristas, que julgavam as medidas profiláticas como as únicas possíveis no combate à tuberculose. Sobre a resistência à introdução da prática do pneumotórax nos dispensários, relata Aloysio de Paula (Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, 1990).

> Aí [no interior da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose] houve uma grande querela entre os sanitaristas e os clínicos. Nós, clínicos tisiologistas, insistíamos em tratar os tuberculosos no ambulatório. Os sanitaristas ficavam aferrados à idéia somente de prevenção. E nós acabamos ganhando porque a luta contra a tuberculose foi ganha pelo remédio e não pela profilaxia.[36]

No momento em que o Estado expande a sua ação no controle da tuberculose, criando novos dispensários, a Liga passa por mudanças institucionais, tornando-se fundação em 1924. Seus estatutos são alterados somente no que se refere à manutenção, extinguindo-se a contribuição dos sócios. A fundação manteve seus propósitos no tocante à propaganda e educação sanitária, utilizando-se, nesse momento, como já assinalado, dos almanaques que publicava.[37]

Nesse meio tempo, o conhecimento científico sobre a tuberculose também avançou. Calmette e Guérin descobrem a vacina BCG, comprovando-a em 1918 e apresentando-a à Academia Francesa de Medicina em 1924 (Guillaume, 1986). Esse recurso profilático foi logo introduzido no

Brasil. Anos mais tarde, outra conquista tecnológica, dessa vez no campo da radiologia para fins de diagnóstico e controle da tuberculose, veio enriquecer a luta contra a doença: Manoel de Abreu, médico do setor de radiologia da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, desenvolveu, em 1936, uma técnica de simplificação do método radiológico que dispensava instalação especial para sua aplicação. E foi no dispensário de tuberculose, já incorporado ao Centro de Saúde da rua do Resende, que ele desenvolveu a técnica que ficou conhecida como abreugrafia (Abreu, 1938).

A reestruturação dos serviços de saúde pública continuou em pauta e uma nova proposta de organização dos serviços começou a ser implementada, em 1927, com a criação do Centro de Saúde de Inhaúma. Outros centros de saúde foram criados a seguir e absorveram os dispensários da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose e suas atribuições, iniciando-se, assim, um processo de unificação de serviços.

Mas o nível de resolutividade da política estatal de controle da tuberculose, em relação ao contingente de doentes, foi bem aquém do necessário. Eli Baia, médico tisiologista, referindo-se à assistência aos tuberculosos, na década de 1930, diz que: "o número de doentes era tão grande, que aquilo nos apavorava (...) pelo abandono geral (...) sem nenhuma assistência, a não ser esta do Centro de Saúde".[38]

Se por um lado a atuação dos serviços de saúde pública teve uma eficácia relativa no controle da tuberculose, no início de sua intervenção, dada a magnitude da doença e os recursos disponíveis, por outro lado, a tuberculose não deixou mais de ser objeto de política estatal, não só no âmbito do ministério responsável pela saúde pública. Mais tarde, tornou-se objeto de preocupação do próprio Ministério do Trabalho, responsável pela previdência social.

No final do século XX, quando a incidência da tuberculose volta a ser preocupante, seja pelo recrudescimento da miséria em um enorme contingente da população, seja pelo aumento da resistência bacilar, deparamo-nos com a emergência de uma doença que se constitui em mais um fator de influência nos índices da tuberculose: a Aids.

Doença desconhecida que deixou perplexos tanto o meio científico quanto o social, a Aids surgiu no cenário público e rapidamente se disseminou, colocando em xeque o processo de construção de um modelo adequado de evolução da doença.

Notas

[1] O Dr. Jacques Stéphani (1933: 20) fala do uso do termo 'tísica' para designar tuberculose: "O tysico é o enfermo cuja tuberculose está a entrar pelos olhos dos mais profanos, enquanto o tuberculoso é o enfermo que ainda não está tysico senão aos olhos do médico".

[2] Sanatórios eram estabelecimentos em que os doentes ficavam internados, submetidos a uma rígida disciplina higiênica, repouso, boa alimentação e vida ao ar livre. A internação, em geral, durava vários anos. Thomas Mann, em seu romance *A Montanha Mágica* (1984), retratou o cotidiano da vida no sanatório de Davos, Suíça. No Brasil, essa concepção terapêutica perdurou, com algumas alterações, até a década de 1960, quando começou a ser superada pelos quimioterápicos.

[3] Sobre as conseqüências do início da industrialização para as cidades inglesas e suas populações, ver Engels (1975b).

[4] As teses e relatórios desse congresso foram publicados no *Brasil-Médico*, Rio de Janeiro, 1899 (Ano XIII), números 29, 30, 32, 33, 35, 38, 40, 45 e 48, e 1900 (Ano XIV), números 1, 2, 5 e 6. Os nomes dos relatores são indicados como aparecem no texto.

[5] Outros países fundaram entidades para discutir os problemas da tuberculose e lutar contra a doença, contando com participação considerável de filantropos, associações comunitárias e, eventualmente, dos governos.

[6] Somente nos anos de epidemia de febre amarela e de varíola é que o coeficiente de mortalidade ultrapassou o índice de mortes por tuberculose.

[7] Sobre esse fluxo migratório, ver também Furtado (1986) e Silva (1976).

[8] A pretoria de São José, apesar de ser área de pequenos comerciantes e proprietários, possuía um núcleo proletariado constituído das ruas da Misericórdia, da Ajuda, de Santa Luzia e do Morro do Castelo.

[9] Habitações coletivas, segundo Fontenelle & Barreto (1918: 6), eram "as moradas comuns a várias famílias que, não tendo posses para a vida em lar isolado, procuravam economizar dividindo entre si as despesas". As mais comuns nessa época eram os cortiços.

[10] A Constituição de 24 de fevereiro de 1891 estabeleceu o regime federativo com completa autonomia para os estados. Em relação à capital da república, especificamente, determinou que caberia à municipalidade do Distrito Federal os serviços concernentes à higiene e polícia sanitária urbana, limpeza da cidade e praias, Hospital São Sebastião, desinfecção e assistência à infância. Ver Fontenelle (1922).

[11] A introdução do 'modelo pasteuriano' no Brasil, no final do século XIX, permitiu a utilização de instrumental técnico da microbiologia e bacteriologia em oposição ao antigo 'modelo miasmático'. Ver, especialmente, Portocarrero (1991) e Benchimol (1990a).

[12] Para mais detalhes sobre a execução do projeto de saneamento do Rio de Janeiro e suas repercussões políticas, ver Benchimol (1990b – capítulos 12, 13, 14); Castro Santos (1987 – capítulo 2); Carvalho (1987) e Costa (1985 – capítulo 3).

[13] Engels (1975a: 639) mostra que a maneira de resolver o problema da habitação nos grandes centros urbanos europeus resultou sempre na recriação do problema.

Denomina, ironicamente, esse processo de 'Haussmann' e o define: "Entendo por Haussmann a prática generalizada de abrir brechas nos bairros proletários, particularmente os situados no centro de nossas grandes cidades (...) O resultado é, em toda parte, o mesmo, qualquer que seja o motivo invocado: as ruelas e os becos sem saída mais escandalosos desaparecem e a burguesia se glorifica com um resultado tão grandioso; mas... ruelas e becos sem saída reaparecem prontamente em outra parte e, em geral, em lugares muito próximos."

14 Entendam-se como indigentes os indivíduos excluídos da assistência médica por não terem recursos privados nem integrarem qualquer associação profissional, religiosa, corporativa ou nacional.

15 Ver, por exemplo, Paiva (1916).

16 Balen (1983: 49) assinala que "a multidão de pobres tinha chegado a um ponto tal que podia facilmente derrubar o sistema de economia livre".

17 Sobre a utilização da medicina social para o controle dos grupos populacionais, ver Foucault, principalmente *Nascimento da Clínica* (1977a) e *Vigiar e Punir* (1977b). Sobre o estudo da medicina social com este sentido, no Brasil, ver Machado (1978) e Costa (1983).

18 A preocupação com a questão da tuberculose também ocorria no meio médico de outros estados, destacando-se Clemente Ferreira e Victor Godinho, em São Paulo, Otávio de Freitas e Carneiro da Cunha, em Pernambuco, Alfredo Brito e Silva Lima, na Bahia e Felipe Caldas, no Rio Grande do Sul, que criaram ligas locais de combate à doença.

19 Ver relatórios da LBCT (1901 a 1910).

20 Ressalte-se que Alcindo Guanabara também atuava na assistência à criança. Produziu vários artigos e projetos de lei sobre o assunto.

21 A distinção entre sanatórios e hospitais é que nestes internava-se o doente considerado incurável e, portanto, o objetivo era somente isolá-lo, evitando com isso a propagação da doença.

22 A pedido da Liga e baseado em relatórios dos diretores dos hospitais da cidade, Carlos Seidl (LBCT, 1905: 18), diretor do Hospital São Sebastião, descreve as condições dos hospitais para o isolamento do tuberculoso "Em relação ao tratamento nosocomial dos tuberculosos na capital do Brasil está tudo ou quase tudo por fazer".

23 Vale ressaltar a persistência da denominação de *tísica* para a doença, usada inclusive nos meios médicos.

24 A educação higiênica consistia primordialmente no cuidado com o escarro, por ser este o veículo de transmissão do bacilo. Para isso, a Liga distribuía aos doentes inscritos no dispensário escarradeiras de bolso e de chão.

25 Produtos não medicamentosos, mas que tinham a propriedade de fortalecer o organismo, eram explicitamente recomendados para o tratamento da tuberculose. Ver capítulo 5 desta obra.

26 O primeiro antibiótico de espetacular efeito sobre a tuberculose foi a estreptomicina, descoberta em 1944. Mas o problema não ficou resolvido, porque a estreptomicina produziu resistência bacilar. Com a descoberta do ácido paraminossalicílico (PAS), em 1949, e o uso da isoniazida, em 1952, experiências com associação medicamentosa

venceram a resistência bacilar. Os estudos experimentais continuaram com a introdução de novos antibióticos, como a rifampicina, o etambutol e a tiacetazona, até chegar ao esquema simplificado que se tem hoje para o tratamento da doença.

27 Pneumotórax artificial é uma injeção de ar entre as pleuras com o objetivo de dar repouso mecânico ao pulmão e, conseqüentemente, produzir a morte do bacilo. É uma operação simples e, por isso, podia ser executada em dispensários.

28 Ver *Revista Médico-Cirúrgica*, vol. xx, Rio de Janeiro, Pournard Frères (1912:77-94 e 410-498).

29 Ver LBCT, (1900) capítulo 5.

30 Carlos Seidl não só foi sócio-fundador da LBCT como tomou parte da comissão que definiu seus propósitos. Publicou alguns trabalhos sobre tuberculose, como "Do tratamento dos tísicos nos hospitais e casas de saúde do Rio de Janeiro" (1905), "Profilaxia da tuberculose" (1910) e "Luta antituberculose" (1912).

31 A Liga em nenhum momento lutou explicitamente por uma reforma no Estado, mas, sim, pelo apoio dos poderes públicos. Não só na execução de algumas tarefas que, segundo ela, caberiam somente ao Estado, como também no reforço financeiro às suas ações, a Liga entendia que a "iniciativa particular e a intervenção oficial, em ação solidária" (LBCT, 1905) lograriam êxito no combate à tuberculose.

32 Ver Decretos 14.189, de 16/05/1920 e 16.300, de 31/12/1923.

33 Ver também em Brasil/SNT (1945).

34 No final dos anos 1910, a Universidade Johns Hopkins (EUA) iniciou seus cursos de especialização em saúde pública, consolidando um novo conceito de higiene, não mais reduzido aos cuidados com o meio ambiente, mas objetivando a promoção de melhores condições de saúde e trabalho para os indivíduos, com a educação sanitária como elemento central. Vários sanitaristas brasileiros fizeram o curso. Ver Fontenelle (1922).

35 Ainda hoje, encontra-se um desses cartazes na estação de trens da Leopoldina.

36 Em depoimento prestado à autora, para o projeto *Memória da Tuberculose*, Aloysio de Paula refere-se aos quimioterápicos, cujo advento ocorreu na década de 1950, vindo a contribuir decisivamente para a cura da tuberculose.

37 Os almanaques constituem importante documentação para análise da educação sanitária do período. Fazem parte do acervo da Fundação Ataulpho de Paiva.

38 Depoimento prestado à Casa de Oswaldo Cruz por Eli Baia para o projeto *Assistência Médica da Previdência* (Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, 1980).

3 A Aids no Final do Século XX

O Surgimento de uma 'Nova' Doença

No início da década de 1980 tornou-se pública a existência de uma doença até então desconhecida no meio médico – uma doença para a qual não se conhecia a causa nem a cura e que se mostrava devastadora no organismo afetado: a Aids.

O primeiro texto oficial a respeito da Aids foi um artigo publicado no *Morbidity and Mortality Weekly Report* (*MMWR*),[1] de 5 de junho de 1981. O artigo[2] relatava cinco casos de jovens do sexo masculino sem história prévia de imunodeficiência, homossexuais, moradores em Los Angeles, que apresentavam infecção pulmonar atribuída ao *Pneumocystis carinii* (PPC), microorganismo já conhecido que só produzia infecção na vigência de baixa imunidade.[3] As cinco pessoas, desconhecidas entre si, apresentaram o quadro de pneumonia entre outubro de 1980 e maio de 1981. Verificou-se a concomitância de outras doenças, chamadas oportunistas, como a candidíase oral e o citomegalovírus (CMV).

A nota editorial que sempre acompanha os artigos publicados no *MMWR* e que expressa as considerações oficiais do CDC[4] sobre o assunto chamava a atenção para o fato de todos os pacientes se autodefinirem homossexuais, o que "sugere uma associação entre aspectos do estilo de vida homossexual, a doença, adquirida por contato sexual, e a pneumonia por *Pneumocystis carinii*" (*MMWR*, 1981: 250). Na nota recomendava-se aos médicos que considerassem a pneumonia por *Pneumocystis carinii* como diagnóstico diferencial em homossexuais masculinos com dispnéia e pneumonia.

Essa nova entidade clínica vinha sendo notada em hospitais da Califórnia e Nova Iorque desde os últimos anos da década de 1970. Segundo Treichler (1988), a doença estranha que acometia 'pessoas estranhas' foi chamada pelos profissionais de saúde desses hospitais de *Wrath of God Syndrome* (*Wogs*), síndrome da ira de Deus, tornando-se, logo, assunto de artigo no *MMWR* de julho de 1981,[5] onde é descrita a ocorrência de sarcoma de Kaposi (SK) em homossexuais jovens e, anteriormente, saudáveis, em Nova Iorque e na Califórnia. Novos casos de pneumonia por *Pneumocystis carinii* são relatados, além de toxoplasmose cerebral, herpes simples, candidíase, criptococose no sistema nervoso central e sintomas como emagrecimento, febre persistente e linfadenopatia, concomitantes ou não ao SK. A nota editorial desse boletim sinaliza para a freqüência e malignidade pouco usual do sarcoma de Kaposi[6] e novamente recomenda à comunidade médica atenção à ocorrência de PPC, SK ou outras doenças oportunistas em homossexuais.

Ainda em 1981, outros artigos foram publicados no *Lancet*, no *New England Journal of Medicine*[7] e em números subseqüentes do *MMWR*, onde se relatam e discutem, em editorial, e outros casos semelhantes dessa nova doença, ainda sem conceito clínico e com várias denominações resultantes de equívocos médicos, carregados de concepções morais, tais como 'pneumonia *gay*', 'câncer *gay*', 'síndrome *gay*' ou mesmo *Gay Related Immune Deficiency* (*Grid*) – imunodeficiência ligada ao homossexualismo.

A partir de um artigo assinado por Laurence Altman, um cronista de medicina do *New York Times*, publicado em julho de 1981, o público leigo foi informado do surgimento de "um fenômeno patológico curioso que intrigava os especialistas e que começava a assustar os *gays* de Nova York" (Grmeck, 1989: 23). Desde então, a nova e misteriosa doença que atacava homens jovens homossexuais, levando-os inclusive à morte, tornou-se notícia constante na grande imprensa e na mídia em geral.

A divulgação dessa ameaça aos homossexuais resultou numa organização crescente dos grupos *gays*, não só norte-americanos. Como informa Altman (1995), a Gay Men's Health Crisis (Crise de Saúde dos Homossexuais Masculinos) de Nova Iorque, foi a primeira de tantas organizações de base *gay* que se disseminaram pelo mundo como resposta às ameaças desse mal.[8]

Em meados de 1982 a doença foi denominada *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Aids) – síndrome da deficiência imunológica adquirida –, a partir de então a sigla passou a designar uma nova epidemia.

A nota editorial de um artigo publicado pelo *MMWR*, em setembro de 1982, dá a primeira definição de caso de Aids como uma doença provocada por um defeito na imunidade, em pessoas sem um quadro de doença imunológica prévia.[9]

Portanto, a Aids foi inicialmente identificada como síndrome que acomete indivíduos do sexo masculino e homossexuais. A identificação clínica da Aids ocorreu primeiramente nos EUA, onde logo, e quase exclusivamente, os homossexuais masculinos foram categorizados como grupo de risco.[10] Não demorou, porém, e se constatou a ocorrência da doença em usuários de drogas injetáveis e hemofílicos, aumentando então o número dos grupos de risco, mas sobre os quais se manteve a concepção de grupos exclusivamente atingidos pelo mal.[11] A Aids permanecia, assim, como uma doença 'estranha' que acometia pessoas consideradas 'estranhas'.

Observações clínicas e epidemiológicas indicavam que a doença era transmitida por via sexual e sangüínea e que um vírus seria provavelmente o agente etiológico. Acreditou-se desde o início num agente infeccioso, provavelmente viral, e essa hipótese foi demonstrada em 1983, simultaneamente na França e nos EUA, quando Luc Montagnier, do Instituto Pasteur, isolou o vírus que denominou LAV, e Robert Gallo, do National Cancer Institute, isolou o vírus que nomeou HTLV-III.

A questão da primazia da descoberta do vírus e da sua associação ao grupo HTLV despertou grande controvérsia. Em maio de 1986, uma Comissão Internacional de Nomenclatura de Virologia decidiu unificar e universalizar o nome do vírus como HIV (Grmeck, 1989: 117). Em 1992, ficou comprovado que o pesquisador Robert Gallo aproveitou-se das investigações de Montagnier e, por falta ética, perdeu não só os direitos sobre o retrovírus como parte de sua respeitabilidade acadêmica.

Cabe aqui indagar se a Aids seria realmente uma doença nova ou se apenas não havia sido notada até então. Grmek (1995a), ao se colocar essas questões, define cinco situações históricas diferentes para que uma doença se apresente em determinado meio: 1) ela já existia, mas escapou ao olhar médico; 2) já existia, mas só foi notada quando ocorreram mudanças qualitativas e/ou quantitativas em suas manifestações; 3) não existia em determinada região e foi trazida de outra; 4) não existia em nenhuma população humana, afetando somente uma população animal; 5) é absolutamente nova, seu germe causal não existia como tal antes de suas primeiras manifestações.

Várias hipóteses concorreram para explicar a origem da Aids – desde punição divina pela transgressão da ordem sexual até a criação do vírus em laboratório.[12] Com todas as mudanças sociais ocorridas ao longo do século XX, conjugadas à aquisição de altas tecnologias e ao controle ou mesmo erradicação de outras doenças infecciosas, criou-se um ecossistema favorável à emergência da Aids. Grmek (1995b: 231), utilizando-se de seu conceito de patocenose,[13] admite que a Aids seja algo novo:

> Nada se opõe à hipótese segundo a qual cepas não-patogênicas ou pouco virulentas do HIV teriam parasitado o homem desde há muito tempo. Entretanto, mesmo que um ancestral do HIV tenha tido caráter endêmico nas populações humanas, antes da epidemia atual, o aparecimento de cepas virulentas é, com certeza, um acontecimento biológico novo.

Dado o desconhecimento dos mecanismos de transmissão da doença e sua associação às relações homossexuais, sendo apenas tardiamente admitida a possibilidade de contaminação também por relacionamentos heterossexuais, o resultado foi a veloz expansão universal do número de casos da doença, forçando o reconhecimento da existência de uma pandemia.[14]

Altman (1995: 18), discutindo os parâmetros que determinaram o curso das investigações sobre a doença, diz:

> A ampla aceitação de que a Aids resulta da infecção por um retrovírus específico (HIV) só foi aceita em um período histórico onde os paradigmas da biomedicina ocidental são dominantes; a ênfase em vê-la como 'sexualmente transmissível', em vez de (como é o caso da hepatite) como uma 'doença comunicável evitável', deveu-se, em grande parte, ao modo como a Aids foi inicialmente identificada e descrita.

Há de se observar que o pensamento da comunidade científica realmente não esteve isento de concepções morais no seu processo de construção de um modelo adequado de evolução do vírus.[15] Segundo Herzlich (1992: 22), "a ambigüidade na enunciação dos mecanismos de transmissão – 'câncer *gay*' ou 'síndrome homossexual' – levou a fazer da homossexualidade o único conteúdo explicativo da doença", sem considerar, de início, a pluralidade dos meios sociais a que pertencem os homossexuais, nem a diversidade dos modos de vida pelos quais geram sua identidade.

Por outro lado, nenhuma doença na história da humanidade ensejou tão rapidamente tantos encontros, tantas publicações resultantes de

pesquisas básicas, epidemiológicas ou sociocomportamentais, nem tanta retórica política, reações comunitárias e governamentais, no sentido de se buscar uma explicação para o seu surgimento.

A reação dos grupos diretamente atingidos pela doença teve, sem dúvida, um papel importante nesse processo, sobretudo por estabelecer e difundir estratégias de proteção contra ela.[16] Altman (1995: 23), ao analisar as respostas comunitárias à Aids, afirma sua importância:

> É impressionante a extensão da mobilização que a epidemia causou entre as pessoas mais afetadas, e merece a atenção de todos os interessados em ativismo político e movimentos sociais. A epidemia produziu uma extraordinária quantidade de criatividade, atividade política e cuidado apaixonado, em um nível bem popular, em praticamente todos os países onde há possibilidade de organização comunitária. (...) sem o trabalho de centenas de milhares de pessoas em todo o mundo, em todos os tipos imagináveis de esforço comunitário, o impacto da epidemia seria consideravelmente mais devastador.

Mas o fato de a ciência biomédica ter sido colocada em xeque foi o principal detonador de tão rápida reação ao desafio posto pela emergência da Aids. No mundo científico, construiu-se a crença de que as doenças infecciosas viviam o período final de sua derrocada, em franco processo de extinção – dito de outra forma, doença infecciosa não tratável e não prevenível pelo aparato médico seria coisa ultrapassada. "Mesmo na presença de tantas tecnologias médicas sofisticadas, nós nos sentimos impotentes" – é o que diz Noreen Russel, do Centro Médico da Universidade de Nova Iorque, ao expressar a perplexidade dos cientistas diante da Aids.[17]

Perplexos os cientistas, e aterrorizados os doentes, a Aids foi expandindo sua teia de contágio[18] por intermédio das redes sociais de um mundo globalizado, chegando, assim, ao Brasil.

Primeiras Mortes ao Sul do Equador

Quando surgiram os primeiros casos de Aids no Brasil, absorveu-se imediatamente a categorização criada, principalmente, nos EUA: tratava-se de uma síndrome de imunodeficiência adquirida causada pelo vírus HIV, que, com seu tropismo predominante para as células do sistema imunológico, seria responsável por disfunções da resposta imune, permitindo a instalação de doenças oportunistas que tomariam uma

evolução grave. Homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos constituiriam os grupos de risco. Não havia tratamento que restaurasse o sistema imunológico do indivíduo infectado pelo vírus da Aids, nem vacina que o protegesse contra a doença.

Claro está que a essa altura já circulavam aqui informações sobre a doença, tanto no meio científico quanto nos diversos segmentos sociais. A primeira reportagem sobre Aids publicada no *Jornal do Brasil*[19] em setembro de 1981, noticiava os casos de pneumonia e sarcoma de Kaposi que estavam sendo investigados pelo CDC:

> Os Centros Nacionais para Controle de Doenças formaram uma equipe especial de 20 médicos para investigar o surgimento de tipos raros, porém mortais, de pneumonia e câncer principalmente em homossexuais masculinos.
>
> A formação da equipe, que consiste de especialistas em doenças venéreas, viróticas, parasitárias e várias formas de câncer, foi apressada pela descoberta de 108 casos de sarcoma de Kaposi e de pneumonia nos últimos meses (...). Segundo o Dr. Harold Jaffe, membro da equipe recém-criada, 'a taxa de mortalidade para todos os 108 casos conhecidos foi de 40%, o que é muito alto'.

Ainda em 1981, *O Globo* publica também uma notícia que reforça a ligação da nova doença com o homossexualismo masculino:

> Homossexuais masculinos, em particular os viciados em drogas, estão sujeitos a uma enfermidade misteriosa, que reduz a imunidade natural às infecções e, com freqüência, leva à morte. A síndrome, recém-descoberta, é tão nova que ainda não recebeu denominação, informaram cientistas de três centros médicos americanos, na última edição da revista *New England Journal Medicine*.[20]

Nos três anos subseqüentes, pelo menos, a mídia persistiu em vincular fortemente a Aids ao homossexualismo masculino, vínculo estampado no próprio título das notícias reproduzidas de periódicos estrangeiros ou não.[21] Os textos são pouco esclarecedores do ponto de vista científico e carregados de contradições, espelhando, mesmo, a perturbação causada por esse novo evento no campo científico.

'Tragédia venérea: o mal dos homossexuais americanos', título da revista *Isto É*, de 6 de abril de 1983, indica uma vinculação não só com homossexuais mas também com estrangeiros. A reportagem traz declaração de Trevisan de que não se conhece nenhuma vítima da doença no Brasil.[22]

Em junho do mesmo ano, aparentemente desmentindo a reportagem anterior, a *Folha de S. Paulo* noticiava a ocorrência de Aids no Brasil. O texto informa que "foram detectados em São Paulo, recentemente, dois casos de Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida, mais conhecida como Aids", e os qualifica:

> os dois portadores são homossexuais masculinos, sendo que um deles esteve diversas vezes nos Estados Unidos e pode ter adquirido a doença lá. O outro, no entanto, nunca deixou o território nacional, o que revela que o vírus provocador da Aids já se espalhou para os países da América do Sul.[23]

Essa mesma reportagem informa também a morte do costureiro Markito em Nova Iorque, em conseqüência da Aids, "provavelmente adquirida quando de suas freqüentes permanências nos Estados Unidos".[24] O costureiro Marcos Vinícius Resende Gonçalves, conhecido como Markito, era homossexual, rico, branco, famoso, jovem, e realizava freqüentes viagens internacionais – qualidades que reforçavam o pensamento de que a Aids não seria uma doença do cidadão comum brasileiro e sim restrita aos homossexuais de classe média alta com viagens freqüentes pelo exterior, conforme o modelo norte-americano. Isso explicava o porquê de especialistas brasileiros em infectologia, a exemplo do Dr. Ricardo Veronesi, presidente da Associação Brasileira de Infectologia, afirmarem, na mesma reportagem, desconhecer casos de Aids no Brasil.

Considerando que nesse momento já se tinha isolado um vírus, o HIV, identificado como agente causal da imunodeficiência, era de se esperar que se levasse em conta o seu período de incubação,[25] característica de qualquer doença infecciosa. O fato é que já haveria indivíduos infectados em um 'período de silêncio', por desconhecimento da doença, e que, agora, tornavam-na visível por apresentarem suas manifestações clínicas, possibilitando, assim, o seu diagnóstico.

No dia 12 de junho já eram sete casos em São Paulo, noticiados pela mesma *Folha de S. Paulo*. A partir de então, pipocaram na imprensa notícias sobre casos de Aids no Brasil: "Dois casos suspeitos de 'câncer *gay*' são examinados na Unicamp" (*Jornal do Brasil*, 15/6/83, p. 5); "Aids já matou dois no Brasil" (*Folha de S. Paulo*, 14/6/83, p.11); "A epidemia do medo: já com oito vítimas no Brasil, a Aids começa a mudar o comportamento dos homossexuais" (*Isto É*, 13/7/83, p. 37-39); "Aids já matou 4 em São Paulo, este ano" (*Jornal do Brasil*, 25/8/83, p. 15); "Um alerta para aumento

de Aids" *(Folha de S. Paulo*, 28/7/84, p. 12); "Casos de Aids duplicam a cada semestre no estado de São Paulo" *(Folha de S. Paulo*, 30/9/84, p. 23).

A Aids não se restringiu ao estado de São Paulo e, no início de 1985, ficou patente que sua ocorrência em território paulista foi só o começo da sua marcha pelo Brasil, noticiando-se um número crescente de casos no Rio de Janeiro e em outras capitais. Em março, a *Isto É* informava a existência de "219 casos no eixo Rio-São Paulo". Em agosto, o *Jornal do Brasil* afirmava: "Aids contamina 32,4% da população homossexual do Rio".[26]

Não mais doença de estrangeiro, mas ainda doença 'do outro', pela pregnância no plano simbólico e no plano social de uma associação da Aids com homossexuais. Nesse sentido, instaura-se um debate sobre a legitimidade de se pensar a Aids como doença dos homossexuais. O número crescente de casos faz com que a doença passe a ser uma grande ameaça que pode matar, num futuro mais ou menos longínquo, cada vez mais pessoas. Desse modo, os homossexuais, já estigmatizados por sua preferência sexual diversa do que se pretende predominante ou 'normal', passam a carregar mais um estigma, o de responsáveis pela disseminação e mesmo existência da Aids.

Responsáveis ou vítimas? De quê? A isso responde Dráuzio Varella, então chefe do Serviço de Imunologia do Hospital do Câncer, de São Paulo:

> Os homossexuais não são os causadores da doença. Admitir-se o contrário seria como dizer que os judeus foram responsáveis pelo que lhes aconteceu na Alemanha nazista. Os homossexuais são as principais vítimas da doença, nada mais. A obrigação da ciência é oferecer a eles meios para a prevenção, sem questionar suas preferências sexuais.[27]

Em consonância com essa posição, Valéria Petri, dermatologista e professora da Escola Paulista de Medicina, dá sua opinião para um jornal:

> (...) a Aids não é doença exclusiva de homens homossexuais. Os homossexuais apenas fazem parte dos grupos de alto risco, assim como os consumidores de drogas intravenosas e os dependentes de transfusões de sangue. A sociedade brasileira não pode submeter os homossexuais a vexames ou discriminações condenáveis.[28]

Diferentemente argumentou o médico João Lélio de Mattos Filho, coordenador de uma pesquisa da Escola Paulista de Medicina sobre o sistema imunológico de homossexuais sadios. Na tentativa de justificar a maior incidência de Aids entre homossexuais, afirma em entrevista à imprensa: "a

imunodepressão é conseqüência da própria maneira como os homossexuais se relacionam sexualmente. A relação anal é imunossupressora. O esperma introduzido no homossexual inocula antígenos que desequilibram o sistema de defesa do organismo que o recebe".[29]

Nessa mesma reportagem, dois médicos do Rio de Janeiro comentam a transmissão da Aids, com argumentos semelhantes. O imunologista Fernando Sion, responsável pelo setor de alergia e imunologia do Hospital Universitário Gafrée e Guinle, explica:

> O esperma é um corpo estranho que, introduzido no organismo, estimula o sistema imunológico. A constante introdução de esperma, através de freqüentes e repetidas relações sexuais, estimula tanto o sistema que, a partir de um certo ponto, ele entra em exaustão. Sua capacidade de funcionamento se reduz. Quando o vírus da Aids entra em contato com aquele organismo, já o encontra com a resistência diminuída.[30]

E antes que se pergunte porque então as mulheres não são consideradas grupo de risco ao receberem esperma por meio de "freqüentes e repetidas relações sexuais", Carlos Alberto Morais e Sá, também médico do Hospital Gafrée e Guinle e professor titular da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Uni-Rio), responde:

> Nas mulheres, o sêmen não provoca deficiência imunológica, pois a mucosa vaginal está naturalmente preparada para recebê-lo. Biologicamente, a mulher foi preparada para receber o esperma. O homem não.(...) há evidências de que os homens são mais propensos a terem deficiência imunológica do que as mulheres.[31]

Aparentemente, os dados epidemiológicos da doença confirmavam a tese de Morais e Sá. O diretor do Departamento Geral de Epidemiologia da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, Dr. Cláudio do Amaral, ressaltava que: "embora esteja crescendo, a ocorrência de Aids se restringe aos grupos de risco; nesses grupos estão os homossexuais, os hemofílicos e os viciados em drogas injetáveis".[32]

O conceito de grupo de risco, com origem na epidemiologia – disciplina até então ignorada pelo grande público e que adquiriu prestígio pela legitimidade para calcular probabilidades do número de casos de Aids –, fortalece a noção de que os indivíduos não são iguais perante a doença. Esse é um conceito que, por um lado, foi necessário à investigação científica no reconhecimento dessa 'nova doença', mas, por outro, criou no imaginário social

a noção de exclusividade para a doença, isto é, de que somente alguns indivíduos ou grupos de indivíduos seriam passíveis de adoecer. Nesses primeiros anos da década de 1980, o perfil de incidência da doença, construído a partir de dados epidemiológicos, realmente não a caracterizava como um risco para o 'cidadão comum', isto é, para heterossexuais e não-usuários de drogas injetáveis.

Mas um desses grupos, já reconhecidos como passíveis de adoecer – os hemofílicos –, será responsável pelo primeiro grande impacto da doença na sociedade brasileira. Em 1985, aparece nas estatísticas um número significativo de hemofílicos soropositivos, o que denuncia as mazelas dos bancos de sangue do país. A ameaça torna-se concreta: qualquer indivíduo, em algum momento, pode precisar de uma transfusão sangüínea.

A questão da qualidade do sangue nos centros de hemoterapia desperta o interesse público no país e passa a ocupar grande espaço nos debates políticos, desencadeando a mobilização da sociedade civil que se vê ameaçada pela epidemia por transfusão do sangue contaminado. Nem mesmo essa constatação – sangue contaminado pelo HIV advindo de doadores dos centros de hemoterapia – foi suficiente para produzir uma desconstrução da Aids como doença de *gays*. Ora, não só *gays* doam sangue, portanto, haveria de se perceber que a ocorrência do HIV estaria indiscriminadamente disseminada e não restrita aos até então chamados grupos de risco. Esse elemento não foi incorporado na luta pela qualidade do sangue.

Segundo Castro Santos (1992), tratava-se de um problema antigo que a Aids transfusional tornava inadiável. A pressão social para a solução deste problema, potencializada pela morte do cartunista Henfil,[33] levou o governo federal – que ainda em 1985 justificava não ser prioritário o combate a esta doença, em vista de tantos outros problemas de saúde no Brasil – a tornar obrigatório, em janeiro de 1988, o teste anti-Aids na triagem do sangue. Como dizem Carrara & Moraes (1987: 81): "não é a relevância ou gravidade de um fato médico que irá determinar sua maior ou menor repercussão social. São antes as questões que suscita para a sociedade, a sua atração simbólica".

A partir da crise da hemoterapia, os grupos sociais que de alguma forma se mobilizavam na luta contra a Aids no Brasil ganham mais organicidade. No Rio de Janeiro são criadas a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia) e o Grupo pela Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids (Grupo pela Vidda), dentre outras organizações não-governamentais (ONGs) preocupadas com a doença.

A Fala dos Comprometidos

Pela forma como foi enunciada em seu início, a Aids tornou-se sinônimo de morte dos homossexuais masculinos, dos toxicômanos e dos hemofílicos. Mas eles resolveram não morrer em silêncio.

Praticamente em todos os países do mundo criaram-se organizações não-governamentais para lidar com a epidemia. E se as primeiras a serem criadas foram apenas reações às necessidades específicas de cuidado, apoio, informação e educação quanto à doença acabaram por dar origem a um movimento mundial que, de diversas formas, buscou desestigmatizar aqueles afetados pela moléstia. Como assinalou Altman (1995), a epidemia de Aids deu um ímpeto extraordinário à organização de grupos até então amplamente marginalizados, seja em função do sexo, cor, classe social ou comportamento.

Particularmente no Brasil, num momento em que passava a vigorar uma Constituição que defendia a cidadania[34] e estabelecia o direito de todos à saúde garantida pelo Estado, a Aids contribuiu para o avanço da luta pela qualidade do sangue dos centros hemoterápicos e para a mobilização dos doentes e infectados pelo vírus HIV, que criaram organizações não-governamentais em defesa do direito à informação e medidas concretas de controle da doença por parte dos poderes públicos (Castro Santos, 1994).

Desse modo, com vistas a enfrentar a Aids, abordando questões que extrapolavam a qualidade do sangue, foram fundadas as ONGs/Aids. Dentre as já existentes, algumas passaram a se ocupar, também, de questões relacionadas à doença. A necessidade de enfrentar as graves questões suscitadas pela Aids contribuiu para aumentar a visibilidade dessas organizações.

O termo 'organização não-governamental', que consta da ata de constituição da ONU, em 1945, permite ao seu Conselho Econômico-Social fazer acordos de consultoria com organizações não-governamentais, sem explicitar ou mesmo qualificar as organizações a que se refere (Santos, 1994). Este termo permaneceu vazio e perdido no tempo, pelo menos para o Brasil, por algumas décadas.

O que vem a ser então uma organização não-governamental? Várias são as suas definições, havendo em comum entre todas elas o propósito democrático na sua relação com movimentos sociais. Santos (1994) define de modo unificado ONGs e movimentos sociais conforme aparecem denominadas no documento final do Fórum Brasileiro de ONGs e

Movimentos Sociais para o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, objeto de análise de sua tese em sociologia política:

> Espaços públicos por fora da esfera do Estado, responsáveis pela instituição de novos valores, normas e padrões de comportamento que questionam profundamente o atual modelo de desenvolvimento; são hoje, talvez, os atores potencialmente mais capazes de romper com a lógica individualista e predatória. (Santos, 1994:80)

Para Assumpção (1993: 8), as ONGs são "organizações privadas não-empresariais dedicadas à ação social no espaço público, em benefício de camadas excluídas da população".[35] Já Oliveira Neto (1992: 151), numa abordagem sociológica, define as ONGs como: "canais de articulação das classes médias na esfera pública, exercendo funções de tradução e de rearticulação dos interesses e demandas dos setores populares nas arenas institucionais de confronto e negociações sociais".

Na análise de Souza (1991: 5), que as define como "microorganismos do processo democrático", as ONGs brasileiras se constituíram como uma forma de luta política da sociedade civil contra o regime autoritário, instaurado no país em 1964. Nasceram, portanto, entre as décadas de 60 e 80, ligadas aos movimentos sociais, prestando assessoria e consultoria a esses movimentos nas áreas de educação, saúde, habitação e organização, contribuindo, assim, como atores sociais, dentro de certos limites, para a construção de uma sociedade democrática. Em relação ao contexto brasileiro, sem identificar-se com um projeto político nacional, mas sim com uma política do cotidiano: "ONG é um termo que evoca o mundo da política, da militância, da cidadania, da modernidade e que historicamente é carregado com um sentido de 'anti-governo', ou oposição" (Assumpção, 1993: 34).

Organizações privadas sem fins lucrativos, sem caráter representativo, as ONGs brasileiras cresceram referidas aos movimentos sociais possíveis nas brechas do autoritarismo, em torno de questões como ecologia, movimentos populares, negros, mulheres, meninos de rua e Aids. Os recursos das ONGs foram e ainda são fundamentalmente oriundos de órgãos internacionais, sendo aplicados, na sua maioria, na prestação de serviço de ordem material à população-alvo. Referindo-se ao passado recente das ONGs, Souza (1991: 7) diz:

> Dados os limites ao desenvolvimento da vida democrática no conjunto da sociedade, as ONGs desenvolvem pequenos projetos, apóiam os movimentos de resistência, compartem a clandestinidade de muitos de-

les, não têm acesso aos meios de comunicação de massa e nem aos recursos governamentais. Vivem e sobrevivem graças à solidariedade internacional (a chamada cooperação internacional ao desenvolvimento) que chega através das ONGs do Norte que, por sua vez, repassam recursos, mobilizadas por razões humanitárias e de seus governos pressionados por sentimentos de culpa de quem enriquece graças à desigualdade internacional. No Brasil, nem o governo nem o chamado mercado (grandes empresas nacionais ou transnacionais) apoiaram as ONGs ou descobriram suas virtudes e potencialidades.

Souza ainda ressalta que, com a redemocratização e o advento da nova Constituição em fins da década de 1980, colocou-se um desafio às ONGs brasileiras, qual seja, o de tornarem-se visíveis pela ocupação dos espaços públicos e o exercício de sua cidadania. Resumindo: "sair do micro para o macro, do privado para o público, da resistência para a proposta, do anti para o pró" (Souza, 1991: 9).

O impacto da Aids no Brasil veio no bojo dessa nova conjuntura, o que propiciou que, também aqui, fosse essa a forma encontrada para a defesa dos interesses dos grupos afetados pela doença. A Abia e o Grupo pela Vidda são dois grandes exemplos de grupos comprometidos com a discussão da Aids. ONGs constituídas por segmentos da sociedade civil, distintas nas suas linhas de atuação, não foram as primeiras a serem criadas no Brasil,[36] mas, no Rio de Janeiro, foram as de maior visibilidade pública desde sua fundação.

A Abia, criada no Rio de Janeiro em 1986, aglutinou cientistas, intelectuais de diversas áreas, autoridades civis e religiosas e militantes de vários grupos comunitários que, por entenderem a Aids como uma doença que envolve não somente a ciência médica mas a sociedade como um todo, colocaram-se como meta tanto o monitoramento das políticas públicas relacionadas ao HIV/Aids quanto à produção e disseminação de informação atualizada sobre a doença:

> Desde dezembro de 1986, formada por voluntários, sob a presidência de Herbert de Souza, a Abia vem agindo para concretizar ações de controle e prevenção da epidemia, e para fortalecer a sociedade civil na necessária vigilância em relação às políticas governamentais nesse campo da saúde pública.[37]

Criado também no Rio de Janeiro, em 1989, com o objetivo de lutar pela valorização, integração e dignidade do doente de Aids, o Grupo pela Vidda se destaca como outro exemplo de ação não-governamental.[38]

Seu fundador, o jornalista Herbert Daniel, combatia o que chamou de 'morte civil'[39] – uma condenação imposta pela sociedade aos que são atingidos pela epidemia HIV/Aids. Ele próprio contaminado com o HIV pôde experimentar o peso do estigma associado à doença (Daniel, 1989).

Mas Herbert Daniel, antes de fundar o Grupo pela Vidda, participou, junto com Herbert de Souza, da fundação da Abia, ambos trazendo para a luta contra a Aids suas tradições oposicionistas, cunhadas numa militância política de esquerda. Acreditando que a exclusão e a vulnerabilidade sociais eram facilitadores e potencializadores da infecção pelo HIV, problematizaram a Aids no contexto maior das políticas públicas, situando a prevenção e assistência à Aids numa visão estratégica da democracia.

Essa foi a marca da Abia, que na verdade não nasceu de um movimento de base estritamente voluntária e comunitária, mas de um projeto elaborado, com identidade definida e profissionalizada, com alocação imediata de recursos da Fundação Ford, que apostou no projeto.[40] Segundo Sílvia Ramos, o perfil da Abia era:

> *muito menos de massa, muito menos de juntar voluntários, mas muito mais para juntar pessoas expressivas da sociedade, de forma que o que se falasse na Abia ecoaria socialmente. Sempre houve uma preocupação muito grande com a multiplicação das informações, das denúncias e das reivindicações pelos meios de comunicação.*[41]

Pela inexistência de uma política governamental estruturada, visando ao combate à Aids, a primeira fase da trajetória da Abia, que pode ser situada no período 1986-1990, caracterizou-se por um intenso ativismo de oposição ao Estado, paralelo ao desenvolvimento de projetos multidisciplinares que permitissem um maior conhecimento sobre a doença e a compreensão de sua disseminação no Brasil, com o objetivo de fundamentar políticas de prevenção, educação e informação adequadas.

Sem dúvida, a Abia legitimou-se como uma referência para a sociedade no tocante às questões da Aids. Com reiteradas denúncias quanto à omissão do governo no combate à doença ou críticas contundentes a posições discriminatórias em relação aos doentes,[42] a Abia conseguiu mobilizar segmentos sociais expressivos para reforçar a pressão sobre o governo no sentido de estabelecer políticas públicas de controle da epidemia.

A legitimidade da Abia como referência para a Aids foi reconhecida também pelo governo federal que, ao propor um convênio com o Banco Mundial de política pública para o controle da doença, convidou alguns de

seus dirigentes[43] para participarem da elaboração do projeto que envolvia um empréstimo de 160 milhões de dólares ao Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (Brasil/PNDST/Aids).[44]

Entre 1990 e 1995, em sua segunda fase de atuação, a Abia estabeleceu um canal de negociação com o governo, por meio do PNDST/Aids, que resultou numa efetiva parceria voltada para as políticas de saúde referentes à doença. A Abia passou a ter muitos de seus projetos financiados pelo programa.

A partir de 1996 teve início a terceira fase de atuação da Abia. Com uma progressiva redução dos recursos internacionais e nacionais para projetos de intervenção, principalmente na medida em que o programa governamental para controle da Aids tornou-se mais estruturado, a tendência desta ONG, na opinião de seus dirigentes, foi a de se transformar em um centro de documentação e informação.[45]

Com uma concepção diferente da Abia, o Grupo pela Vidda formou-se basicamente por portadores do vírus HIV, assintomáticos ou não, amigos e familiares. Sob a liderança de Herbert Daniel – atuante também na diretoria da Abia –, o Pela Vidda (como ficou sendo conhecido) teve como objetivo dar voz aos portadores do HIV e doentes de Aids, garantindo-lhes participação ativa e determinante nas políticas públicas sobre a doença e retirando-os da posição passiva e vitimizada comum na época. Na verdade, essa era uma tendência mundial: as pessoas com HIV e Aids falarem por si mesmas, não mais por intermédio de terceiros. Tratava-se de dar voz aos portadores e doentes como uma forma de se contrapor ao discurso oficial que, por haver provocado medo e discriminação, alimentou reações sociais, econômicas, ideológicas e políticas em relação à Aids, qualificadas pela OMS como uma terceira epidemia.

A proposta de ação do Pela Vidda representou uma ruptura com a concepção da Abia, o que não significou um rompimento do diálogo entre as duas organizações, até porque, ambas eram lideradas pela mesma pessoa – Herbert Daniel – e funcionavam no mesmo espaço físico. Além disso, como ONG já estruturada e com razoável volume de recursos, a Abia deu todo apoio ao novo grupo.

Discutindo a ação das ONGs no combate à Aids no Brasil, Dias e Pedrosa, técnicos do Programa Nacional de DST/Aids, relatam que Herbert Daniel respondeu negativamente ao ser perguntado se essa ruptura significava a radicalização ou mesmo a superação do projeto da Abia:

> O Pela Vidda não surgiu devido às possíveis limitações institucionais da Abia ou de qualquer outra ONG, simplesmente, porque o Pela Vidda inaugurava um novo cenário no campo da Aids e, portanto, não estava inserido na 'velha' ordem. Era uma outra lógica, não concorrente ou hierarquizada com a anterior. É a lógica própria do viver com HIV/ Aids. O viver não entendido como não morrer devido às intercorrências provocadas pela Aids, que seria uma mistificação, mas o direito de ter a esperança de poder enfrentá-la na luta diária, rotineira, subjetiva e silenciosa de suas manifestações no corpo e mente dos que têm o HIV/ Aids. (Brasil/MS, 1997: 34)

Dessa forma, o Grupo pela Vidda se propôs a ser um espaço de aprendizagem do convívio com Aids, ajudando a romper a equação Aids = morte, partindo do princípio de que Aids é uma doença como outra qualquer, de que existem mecanismos de prevenção contra ela e de que a luta contra o HIV é também uma luta contra o pânico, a desinformação, os preconceitos e a discriminação que devem ser combatidos com solidariedade.

Além de uma militância política que explorava todas as possibilidades de divulgação de informações sobre a doença e de denúncia de tudo o que desrespeitasse a cidadania do indivíduo soropositivo, o Pela Vidda desenvolveu atividades de auto-ajuda e programas de educação e prevenção contra a doença.

Havia consenso entre as ONGs/Aids de que caberia ao Estado a responsabilidade de estabelecer uma política pública de controle da Aids que garantisse aos soropositivos e doentes o atendimento médico-hospitalar em todos os níveis de desenvolvimento da doença. Às ONGs/Aids caberia, no máximo, um papel complementar à ação governamental. Um dos principais alvos das denúncias do Pela Vidda era exatamente o Estado, que, além de não estabelecer uma política mais efetiva de controle da Aids, produzia campanhas de prevenção carregadas de preconceitos e oferecia um atendimento médico-hospitalar cada vez mais caótico.

A epidemia crescia vertiginosamente ao passo que os recursos para enfrentá-la diminuíam de forma drástica. Os atingidos sentiam que não podiam ficar "intimidados ou omissos diante deste verdadeiro genocídio que a política governamental, seja federal ou estadual, está perpetrando contra as pessoas vivendo com Aids".[46]

Entendendo que a crise do setor da saúde não se resumia a uma questão localizada em um ou outro hospital, o Pela Vidda denunciou o "sucateamento da rede hospitalar pública como parte de uma estratégia da política de privatização dos serviços de saúde no Brasil".[47]

Em janeiro de 1990, com a publicação do *Boletim pela Vidda*, de periodicidade mensal, importante veículo de informações sobre a doença e sobre as ações do próprio grupo e de outras ONGs/Aids, o Pela Vidda apresentou sua identidade:

> O Grupo pela Vidda é constituído basicamente por pessoas vivendo com Aids, seus amigos e familiares. Somos voluntários trabalhando pela vida. Queremos chamar a atenção para a gravidade da epidemia de Aids, mostrando que ela pode ser evitada através de um esforço coletivo fundado na solidariedade.[48]

Em julho desse mesmo ano foi criado um plantão jurídico no Pela Vidda, em função da demanda de orientação e assessoria jurídica dos soropositivos na luta por seus direitos ao trabalho, à assistência médica, ao diagnóstico confidencial, em suma, à plena cidadania. Em cinco meses de atividade, funcionando somente uma tarde por semana, foram realizadas 159 consultas jurídicas e encaminhados 129 processos.[49]

Para a luta por seus direitos, foi fundamental que os soropositivos saíssem do anonimato, da clandestinidade e passassem a se mostrar, a falar. Para Otávio Valente Jr., secretário-geral do grupo, "é meio como um círculo vicioso: você não se mostra por medo do preconceito e o preconceito existe porque você não se mostra".[50] Nesse sentido, o *Boletim* foi também um importante instrumento para troca de experiências, pois, no ano seguinte, passou a publicar sistematicamente depoimentos de pessoas soropositivas para o HIV e suas estratégias de superação para viver a vida.

O Disque-Aids pela Vidda foi outra iniciativa, criada em junho de 1991, que se propunha a esclarecer dúvidas sobre a doença, seus mecanismos de transmissão, tratamentos etc. Também em 1991, realizou-se o I Encontro Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids, que vem acontecendo sistematicamente todos os anos. Todos os projetos do Pela Vidda, à época, eram financiados por instituições estrangeiras ou mesmo nacionais, o que possibilitava que sua atividade fosse mais ou menos ampliada.

Se os fundadores do Grupo pela Vidda tinham um passado de militância política, os novos integrantes da organização, que tinham em comum tão-somente a vivência ou convivência com a soropositividade para o HIV, vinham em busca de uma referência para sobreviver à reviravolta causada pela doença em suas vidas e de respostas para suas desesperanças.

Nesse sentido, é expressivo o depoimento de Simone Bezerra, que demorou alguns meses para procurar o Grupo pela Vidda, mesmo depois de a isso ter sido estimulada por seu médico:

A gente chega tão desesperançada e, de repente, as coisas passam a fazer sentido. (...). Eu não sei, sinceramente, como pessoas que se descobrem soropositivas conseguem não procurar um grupo como o Pela Vidda. (...) é até necessário você saber como o outro convive com isso (...) até mesmo porque a Aids gera uma solidão muito grande (...). Quando você divide e tem a possibilidade de partilhar com outras pessoas, de relaxar, aprender e ver que não precisa mudar como pessoa, aí você continua sendo pessoa (...) essa descoberta me veio a partir do Grupo. Ele funcionou como um espelho. Eu me vi como pessoa através das pessoas que chegaram a essa consciência. Tenho certeza absoluta que a melhor coisa que poderia ter me acontecido foi ter procurado o Grupo pela Vidda.[51]

Por sua vez, Dayse Agra, cujo filho faleceu de Aids em 1987, sentiu-se perdida, "não sabia o que era, o que tinha acontecido, por que tinha acontecido, queria alguém falando sobre aquilo".[52] Depois de assistir Herbert Daniel, num programa de televisão, dizendo que ele próprio tinha Aids e divulgando a existência do Grupo pela Vidda, Dayse Agra tomou-se de coragem para superar seus próprios medos e procurou o Pela Vidda. Segundo ela, chegou muito assustada, mas desde então não deixou mais de freqüentar o Grupo, tornando-se, inclusive, coordenadora do grupo de mulheres:[53]

Cada vez que eu fazia uma coisa, eu me sentia tão bem (...). O grupo estava me segurando cada vez mais. Fui ganhando coragem e contava que estava sendo contaminada pela coragem deles. (...) depois que comecei a freqüentar o grupo, comecei a falar. Melhorei depois que comecei a falar. Porque com quem eu ia falar? Eu não tinha com quem falar, então achava que o grupo era a melhor coisa que podia acontecer às pessoas com Aids, porque elas poderiam ter com quem falar. E é exatamente isso que o grupo faz até hoje.[54]

Mesmo seguindo linhas de atuação distintas, as ONGs consideravam a informação e a solidariedade como a terapia possível contra os efeitos do pânico e do preconceito disseminados na sociedade, após o aparecimento da doença no espaço público. Em se tratando da Aids, os grupos de referência, tais como Abia e Pela Vidda, têm o papel de fonte de solidariedade, solidariedade que se define pelo reconhecimento e valorização do outro e se traduz em ações concretas. Não há dúvida de que as organizações não-governamentais contribuíram muito na tarefa de informar e mobilizar a população no combate à Aids. A cidadania e a solidariedade aos soropositivos e aos doentes estiveram na pauta de discussões desses grupos e informaram suas ações.

Particularmente no Brasil, onde a ação governamental em relação à saúde é sabidamente pouco eficiente e eficaz, tanto em termos de prevenção (faltam campanhas e materiais educativos adequados) quanto em de assistência (hospitais mal aparelhados, insuficiência de leitos, profissionais mal preparados, falta de medicamentos etc.), a militância das ONGs/Aids resultou numa atuação fundamental para a informação e prevenção da Aids, forçando uma definição das políticas de saúde. Assim, a par da campanha internacional para que os governos interviessem na epidemia, as ONGs/Aids tiveram um papel fundamental, pressionando para que o governo brasileiro formulasse políticas cada vez mais comprometidas com a luta contra a Aids.

Da Indiferença ao Compromisso

A disseminação da Aids não bastou para que o governo tomasse medidas efetivas de combate à epidemia, o que levou, segundo lideranças das ONGs, a um grave atraso nos programas oficiais de controle e prevenção da doença.[55] Mas como irrefutável problema de saúde pública, era necessário que o governo assumisse a responsabilidade por um programa de controle da doença. Em agosto de 1985, o ministro Carlos Santana declarava em entrevista coletiva:

> A Aids é preocupante, mas não prioritária para o País. Somos 130 milhões de brasileiros e temos cinco milhões com doença de Chagas, cerca de oito milhões com esquistossomose, mais de quatrocentos mil com malária, 250 mil com tuberculose e trezentos mil com lepra. Com Aids, só temos confirmados quatrocentos casos.[56]

Nessa mesma entrevista, o ministro Carlos Santana afirmou que a mídia exagerava a respeito das notícias sobre Aids e assim atemorizava as "pessoas que não têm a menor possibilidade de adquiri-la, por não pertencerem a quaisquer grupos de risco", ressaltando que o grupo de maior risco de contágio era o dos homossexuais masculinos.[57]

Esse era o posicionamento da autoridade governamental máxima em saúde no país: preocupação sim, mas poucas ações concretas para o controle da doença e uma visão preconceituosa quanto à possibilidade de as pessoas se infectarem com o vírus HIV. Por isso, o governo federal recebia duras críticas das ONGs. Sem dúvida, o ministro não estava sozinho, sua posição era a predominante no momento, inclusive nos meios científicos.

O aumento inegável do número de casos de Aids entre os brasileiros levou o governo federal a incluí-la, em 1986, no sistema de notificação compulsória.[58] Os dados epidemiológicos passaram a ser divulgados em 1988 pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, à qual ficou subordinado o PNDST/Aids, em boletins distribuídos nos órgãos de saúde dos estados e municípios.

Tentou-se delinear as formas específicas de incidência da doença no país e garantir mais informações aos profissionais de saúde que lidavam com a Aids no dia-a-dia. Mesmo com sua confiabilidade questionada,[59] o sistema de notificação e divulgação dos casos de Aids constituiu uma primeira iniciativa do governo para acompanhar o desenvolvimento da epidemia no Brasil.

A intensificação das pressões nacionais e internacionais resultou em expressivas alterações na legislação de garantia dos direitos humanos no Brasil. Com relação à Aids, o mais significativo avanço foi o fim do comércio ilegal de sangue,[60] com a criação do Programa Nacional de Sangue, que passou a controlar de forma mais rigorosa as transfusões, junto com o Serviço de Vigilância Sanitária. A Abia, representada por seu presidente, Herbert de Souza, entrou na cena política mais uma vez, agora para garantir o cumprimento da nova legislação e acompanhar o controle das transfusões de sangue com campanha sob o lema 'Salve o sangue do povo brasileiro'.[61]

A Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, criada em 1987, tinha a responsabilidade de coordenar o PNDST/Aids, com os objetivos de reduzir a morbimortalidade pelas doenças sexualmente transmissíveis, principalmente HIV/Aids, além de melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV. Durante o governo José Sarney (1986-1990), o récem-criado PNDST/Aids foi dirigido por Lair Guerra de Macedo Rodrigues, microbiologista que vinha de um curso de especialização no CDC, em Atlanta, EUA, onde vira a Aids tornar-se o novo problema da saúde pública norte-americana. Lair Guerra conseguiu transformar o PNDST/Aids num dos maiores e mais controvertidos programas do Ministério da Saúde. Contribuiu para dotar o programa de uma verba de 30 milhões de dólares e três dezenas de funcionários, mas recebeu críticas contundentes por suas decisões verticais, que não levavam em conta a experiência e as demandas de parcelas da sociedade civil diretamente envolvidas com a questão da Aids.[62]

Nessa época, também, implementaram-se campanhas educacionais, veiculadas pela televisão e em forma de cartazes, para divulgar informações

básicas sobre a Aids e sobre a transmissão do HIV. As mensagens eram impactantes e por vezes contraditórias, como, por exemplo, 'A Aids mata!', 'Aids, você precisa saber evitar', 'O amor não mata', 'Não morra de amor'. Se, por um lado, tinham a importante função de divulgar a existência da Aids, por outro disseminavam uma visão discriminatória em relação ao doente e pouco esclarecedora em relação à doença.[63]

Uma das medidas mais importantes da gestão de Lair Guerra foi a formação de uma Comissão Nacional de Aids,[64] que constituiu um fórum de discussão com diversos setores da sociedade civil, inaugurando o debate sobre o desenvolvimento de políticas eficazes de combate à epidemia.

Em que pesem as decisões por vezes verticais e as informações contraditórias sobre a doença contidas nas campanhas de prevenção, foi nessa gestão que se estabeleceu um canal de comunicação entre a sociedade civil, especialmente as ONGs, e o governo federal, para tratar dos temas relativos à Aids.

Com a posse do novo presidente da República, Fernando Collor de Mello, em março de 1990, o Ministério da Saúde foi ocupado pelo médico paranaense Alceni Guerra, político conservador e fortemente comprometido com a assistência médica privada, sendo nomeado para dirigir o PNDST/Aids o epidemiologista Eduardo Cortês, sem nenhuma experiência administrativa ou política anterior. Alceni Guerra, apesar de declarar que pretendia dar uma resposta nova e mais agressiva à epidemia de HIV/Aids, reduziu o orçamento e o número de funcionários do PNDST/Aids e suspendeu a maioria das iniciativas do governo anterior, sem implementar novas propostas. O programa educacional veiculado pela televisão mostrou-se ainda mais desorientador. A campanha com o *slogan* 'Se você não se cuidar, a Aids vai te pegar' apresentava três pessoas que tinham tido diferentes doenças mas que haviam conseguido se curar, enquanto uma quarta pessoa, com aspecto de doente terminal, declarava que, como doente de Aids, não tinha cura. Essa campanha foi criticada até pelos seus patrocinadores.

Não é necessário dizer que as reações a essa gestão foram estrondosas. Várias denúncias foram feitas pela imprensa: a Comissão Nacional de Aids, apontada pela OMS como essencial no controle da doença, não havia se reunido uma vez sequer desde que Alceni Guerra assumira a pasta; as ONGs reclamavam da falta de leitos, de ambulatórios, de uma política que facilitasse a importação de medicamentos, da subnotificação e da inexistência de campanhas educativas.[65] Houve, inclusive, críticas

originadas do conjunto da sociedade, pois, na verdade, com a justificativa de reorganizar a estrutura administrativa do Estado,[66] o governo federal realizou um desmantelamento não só do PNDST/Aids, mas dos serviços de saúde como um todo.

O PNDST/Aids isolou-se de seus interlocutores nos serviços de saúde e na sociedade civil. Segundo Parker (1994: 94), no final de 1991: "o Programa Nacional de Combate à Aids já não tinha legitimidade nenhuma. Eduardo Cortês tinha-se tornado alvo de um número cada vez maior de críticas dos mais diversos segmentos da sociedade".

Com a renúncia de Alceni Guerra, acusado de corrupção, no início de 1992, foi nomeado ministro da saúde o médico Adib Jatene, respeitado como cardiologista e por sua administração frente à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Lair Guerra reassumiu a direção do PNDST/Aids, abrindo-se novamente a possibilidade de interlocução entre o ministério e as ONGs/Aids.

Respaldados pela legitimidade técnica e política do ministro, a nova equipe do PNDST/Aids tomou imediatamente várias medidas para uma verdadeira reconstrução do programa. Reforçou a notificação compulsória, restabeleceu o estoque de medicamentos básicos e elaborou um novo plano de prevenção e educação baseado, segundo Parker (1994: 95), "em princípios mais progressistas e menos terroristas". Além disso, a nova equipe constituiu quatro grupos de trabalho: a Vigilância Epidemiológica, o Serviço de Assistência, o grupo de Prevenção e o de Ação Comunitária (mais adiante denominado Setor de Articulação com ONG) – todos coordenados por técnicos experientes em Aids[67] e com a participação de membros das ONGs/Aids. Esses grupos de trabalho tinham uma tarefa estratégica: elaborar uma carta de intenções ao Banco Mundial, propondo um projeto cujos objetivos gerais seriam reduzir a incidência e a transmissão do HIV e DSTs, além de fortalecer instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle do HIV e Aids no país.

A carta de intenções foi aceita pelo Banco Mundial e, mesmo em meio a mudanças no governo, com o *impeachment* do presidente Collor, em setembro de 1992,[68] os técnicos do Bird chegaram ao Brasil em outubro para uma discussão mais detalhada do anteprojeto apresentado. As perspectivas de financiamento eram promissoras, tanto que Lair Guerra anunciou uma verba de 250 milhões de dólares para o combate à Aids, dos quais 160 milhões financiados pelo Banco Mundial e 90 milhões de

contrapartida do governo brasileiro.[69] Foi grande a expectativa em relação a tão altos recursos para um único programa do Ministério da Saúde. Mas as negociações não caminharam tão velozmente.[70] Depois de uma segunda visita dos técnicos do Bird, em janeiro de 1993, a aprovação final do projeto deu-se em outubro do mesmo ano. Mas esta não foi ainda a etapa final. O projeto foi encaminhado ao Senado e, depois de enfrentar resistências no âmbito dos vários ministérios envolvidos nesse tipo de convênio, finalmente aprovado em março de 1994.

Enquanto isso, promulgaram-se algumas leis importantes no sentido de viabilizar ações conjuntas para o estabelecimento de diretrizes e estratégias de enfrentamento da epidemia. A Portaria Ministerial nº 348, de 25/3/93, instituiu o Comitê Diretivo de Pesquisa, subordinado ao PNDST/Aids, com a finalidade de julgar, selecionar e avaliar projetos de pesquisa a serem financiados pelo PNDST/Aids, composto por pessoas de reconhecimento na área científica, vinculadas a diversas instituições acadêmicas.

Apesar de sua complexidade, tanto por particularidades do vírus HIV quanto por motivos éticos, a questão da vacina contra Aids tinha de ser enfrentada. Grandes avanços foram conseguidos a partir de testes, com diferentes vacinas, realizados em várias regiões do mundo, mas ainda estava longe a definição de um imunoterápico.[71] Nesse contexto, foi publicada a Portaria Ministerial nº 396, em 10/1/94, que instituiu o Comitê de Vacinas, subordinado ao PNDST/Aids, com a "finalidade de assessorar o Ministro de Estado da Saúde nas diferentes fases de desenvolvimento dos eventuais testes de vacinas para prevenção ou tratamento da Aids" que viessem a ser realizados no país.[72] Integravam esse comitê, de maneira proporcional, tanto os representantes de instituições científicas e acadêmicas quanto os das ONGs/Aids.

Cada vez mais e de forma mais efetiva as ONGs participavam das discussões e definições das políticas governamentais em relação à Aids. Após o estabelecimento do convênio com o Banco Mundial, foi publicada a Portaria Ministerial nº 843, em 22/4/94, que criou o Comitê de Avaliação e Seleção de Projetos, subordinado ao PNDST/Aids, com a "finalidade de julgar, selecionar e avaliar projetos de ONGs e de outras entidades da sociedade civil submetidos ao PNDST/Aids", visando ao financiamento do Ministério da Saúde.

Outra lei que contribuiu para a consolidação de uma parceria entre as ONGs e o governo federal foi a Portaria Ministerial nº 1.028, de 3/6/94, que

deu nova composição e atribuiu outras competências à Comissão Nacional de Aids (CNAIDS). Sob a presidência de Lair Guerra de Macedo Rodrigues, essa comissão passou a ser composta por amplo elenco de representantes de instituições científicas, universidades, órgãos do governo e entidades civis, incluindo aí representantes das ONGs/Aids: Grupos pela Vidda-RJ e SP, Grupo Noss, Gapa-SP e RS, Grupo Arco-Íris de Brasília, além de representantes da Associação das Prostitutas do Ceará e da Associação Sergipana de Prostitutas. Ficou estabelecido como competência da CNAIDS:

> I - participar na formulação e dar parecer sobre a política de prevenção e controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (DST/Aids);
>
> II - discutir diretrizes a serem observadas pelo Programa Nacional de DST/Aids (PNDST/Aids) por intermédio dos Planos Operativos Anuais (POA);
>
> III - identificar necessidades e coordenar a produção de documentos técnicos e científicos;
>
> IV - assessorar o Ministério da Saúde no monitoramento do desempenho das atividades do Programa Nacional de DST/Aids e participar do redirecionamento de estratégias;
>
> V - desempenhar papel de articulação política, mobilizando setores do governo e da sociedade civil para a luta contra a epidemia do HIV/Aids. (Ventura da Silva, 1995: 28)

Consolidou-se um espaço de cooperação, isto é, uma parceria efetiva entre as ONGs e o governo federal, na medida em que se definiu um fórum de participação na formulação e fiscalização das políticas governamentais referentes à Aids, que incluíam todas as ações e estratégias de combate à doença. Além disso, os recursos do convênio com o Banco Mundial possibilitaram o financiamento de inúmeros projetos de diversas ONGs/Aids.[73]

Dessa forma, as ONGs, sem abandonar a posição crítica em relação às políticas governamentais de controle da Aids, mudaram a estratégia, substituindo o confronto por uma ação propositiva e co-responsável com o Ministério da Saúde. Por seu turno, o governo saiu de uma indiferença quase absoluta em relação à epidemia para um comprometimento real com as questões que envolviam a doença. Segundo Alexandre do Valle, no início, as ONGs tinham de lutar por tudo, mas, reconhecendo a mudança, diz:

> *Quando se faziam reivindicações, se faziam reivindicações principalmente de uma resposta e, aos poucos, essa resposta começou a vir. E, hoje em dia, a*

gente não pode dizer que o governo é indiferente à Aids. Com um milhão de dólares só para comprar medicamentos, fica difícil dizer isso, fica difícil sustentar isso. Então você não pode ir para a rua chamar o Ministro da Saúde de assassino, porque ele está salvando milhares de vidas comprando remédios. [74]

Para Alexandre do Valle, as ONGs "continuam sendo um local de resistência para a população que vive com Aids",[75] mas a política do ativismo estaria ultrapassada, considerando a posição do Ministério da Saúde de compromisso com o combate à Aids e de interlocução com a sociedade civil organizada em torno da epidemia.

Há de se considerar também que o governo não se constituía como um bloco homogêneo: havia posições diferentes e conflitantes interna e externamente. Daí a importância das ONGs nessa parceria, sem perder a autonomia. O projeto do PNDST/Aids de redução de danos causados pela droga, por exemplo, e que consistia na troca de seringas usadas por novas, com os usuários de drogas injetáveis, causou celeuma e ficou na dependência de autorização do Ministério da Justiça. Outro exemplo, em que se manifestou o jogo de interesses de diferentes grupos, foi a polêmica campanha do *Bráulio*, veiculada pela televisão. Considerada a mais ousada das campanhas, era dirigida aos homens heterossexuais e incentivava o uso da camisinha. Houve reações de toda sorte, como a da Igreja, que criticou o incentivo ao uso da camisinha, e a das pessoas chamadas Bráulio, que se ofenderam porque seu nome designava, na campanha, exatamente o órgão sexual masculino.

Mas a polêmica divulgada pela mídia fez com que o assunto fosse discutido e, segundo o Ministério da Saúde, aumentou em 40% a venda de camisinhas no país.[76] As reações à campanha repercutiam ainda no início de 1996, quando, por determinação da presidência da República, definiu-se que as novas campanhas deveriam ter mais informação e menos ousadia.[77]

Houve muitos avanços no conhecimento científico sobre a Aids e, em 1996, após a XI Conferência Internacional de Aids, realizada em Vancouver, Canadá, foi amplamente divulgada a nova terapêutica combinada que se mostrava eficaz no controle da Aids. A terapia tríplice – conhecida como 'coquetel' –, que inclui os medicamentos chamados genericamente inibidores de protease, causou um clima de muito otimismo no mundo todo.

Particularmente no Brasil, a conquista foi ainda maior. Em setembro de 1996, noticiou-se que o Senado aprovara o projeto que obrigava o

Ministério da Saúde a distribuir gratuitamente os medicamentos necessários ao tratamento dos portadores de HIV.[78] No final de novembro desse mesmo ano começou a distribuição do 'coquetel' na rede pública de saúde e, dias depois, o presidente da República Fernando Henrique Cardoso, em discurso transmitido em cadeia nacional de rádio e TV, falou sobre o assunto e garantiu o fornecimento gratuito do 'coquetel' aos soropositivos e doentes de Aids.

Aparentemente, com essa conquista científica e a ação do governo brasileiro, ter-se-ia chegado à etapa final da luta contra a Aids no Brasil: a qualidade de vida dos doentes melhorou, e a imagem da doença começou a mudar. Mas não foi nesse sentido que se caminhou: "a doença se fortaleceu cada vez mais com as fraquezas do país",[79] isto é, a tendência foi a sua disseminação na periferia das cidades e no interior, onde se encontra um contingente de população mais pobre. Esse caminho tem sido chamado de interiorização e pauperização da epidemia, traduzindo a falta de acesso a serviços de saúde, menor ou nenhuma organização da comunidade e trabalho de prevenção extremamente dificultado pelo baixo nível de escolaridade das populações interioranas. Tal situação passou a preocupar o Ministério da Saúde, exigindo-lhe a definição de estratégias que pudessem conter esse trajeto e o reconhecimento geral de que a luta contra a Aids cada vez se aproximava mais das outras lutas por saúde.

'Todos os Homens são Mortais'

No final do século XX, a cena do combate à Aids mostrava que todos os esforços médicos contra o HIV não foram capazes ainda de apresentar estratégias eficazes de controle da disseminação do vírus. Nessa medida, todas as atenções devem voltar-se para a capacidade de, a partir de ações institucionais, a sociedade promover um movimento de revisão de seus valores, com vistas a uma ação eficaz de prevenção da moléstia, superando o preconceito e a desinformação (Daniel & Parker, 1991).

O conceito de 'grupo de risco' resultou em forte discriminação contra aqueles enquadrados nesse grupo e numa despreocupação com a prevenção daqueles que, por estarem fora do grupo de risco, são considerados imunes. Parecia a todos que bastava ficar fora dos 'grupos de risco'. O perfil epidemiológico da doença contradisse esse conceito e passou-se a trabalhar com a idéia de comportamento de risco que, se adotado, tornaria qualquer

pessoa vulnerável. Cada vez mais, a Aids precisava ser encarada como um problema de todos, como disse Herbert Daniel, em seu discurso na Corte Internacional de Haia, em maio de 1991: "Não acontece comigo. Acontece conosco. Acontece com a humanidade, hoje".

As relações médico-paciente, apesar dos notáveis progressos feitos pela alta tecnologia das pesquisas de medicamentos contra Aids, ainda se pautavam por receios mútuos. Por um lado, os pacientes tendiam a desconfiar da capacidade dos médicos em garantir-lhes uma sobrevida com qualidade; isso sem falar que um fator essencial a todo tratamento é o estabelecimento de mútua confiança, indispensável em qualquer tipo de relação humana. Por seu turno, os médicos, como sujeitos sociais, não se mostravam isentos de preconceitos e temores, a que se somava uma inquietante consciência de sua incapacidade de tratar a doença com sucesso. Poder-se-ia dizer que, muito provavelmente, não se tem conhecimento no século XX, pelo menos até a descoberta da cura da tuberculose, de uma doença com tanto poder de gerar fantasias, medos e controvérsias no que diz respeito, inclusive, às formas de tratamento adequado. A medicina parecia ainda estar longe de ser capaz de responder com um pouco mais de precisão aos problemas que cada caso particular de Aids propunha. Pacientes e médicos encontravam-se e, por vezes ainda se encontram, freqüentemente numa encruzilhada de equívocos, temores e frustrações que tanto dificultavam a busca de soluções mais criativas para o enfrentamento da doença como tornavam ainda mais dolorosa a experiência da moléstia, particularmente para o doente.

É significativo, entretanto, que a taxa de mortalidade por Aids não tenha apresentado, pelo menos nos anos 90, uma curva ascendente tão pronunciada: morria-se ainda bastante, mas não tanto quanto nos anos 80. Se nos anos 80, que marcam o aparecimento da Aids, os casos de infectados pelo HIV eram ao mesmo tempo casos de vitimados mortalmente, nos anos 90 observou-se um crescimento geométrico do número de soropositivos associado ao crescimento aritmético de óbitos. Dito de outro modo, o número de infectados não parou de crescer, mas o número de óbitos foi-se mantendo relativamente constante, antes mesmo do surgimento do 'coquetel'.

Essa constatação sugere algumas indagações que colocam no centro da discussão sobre a Aids a relação do doente com a sociedade. Se está claro que os progressos médico-científicos têm sido tímidos quanto ao seu alcance no tratamento contra o HIV, por outro lado alguma coisa parece

estar mudando na relação do infectado com o meio social. Do isolamento inicial a que o soropositivo para o HIV ou doente de Aids estava confinado na década de 1980, assistimos nos anos 90 ao seu crescente processo de integração social, pela criação de grupos de apoio e assistência em verdadeiras redes de solidariedade que, se não têm o poder de atuar do ponto de vista médico, assumem a tarefa de suprir muitas das necessidades do doente, de modo a garantir-lhe condições mínimas de sobrevivência. Alexandre do Valle, membro do Grupo pela Vidda, definiu o papel dos grupos de apoio ao pensar sobre a solidariedade:

> Construir redes de solidariedade para as pessoas com Aids significa explorar a possibilidade de pensar junto, unir esforços para pensar novas formas de lidar com o mundo e assim potencializar as nossas possibilidades de transformação. Pensar coletivamente a Aids é assumir um compromisso com a transformação, com a solidariedade e com a vida.[80]

Parte-se claramente do princípio de que esses grupos apresentavam para a sociedade uma visão do que era a doença e do que significava ser por ela acometido. A organização de pessoas comprometidas, em diversos graus, com o problema da Aids, significou avanços quanto a uma melhor assimilação, por parte da sociedade, da idéia de convivência com a doença.

Notas

1 *Morbidity and Mortality Weekly Report* (*MMWR*) é o boletim oficial do Center of Disease Control (CDC), cujo objetivo é divulgar informações e recomendações relacionadas à saúde pública nos EUA. Especificamente, em relação à Aids, um dos papéis relevantes desse boletim foi o de sistematizador das definições sucessivas do que seria um caso de Aids, para fins de notificação.

2 'Pneumocystis Pneumonia – Los Angeles', *MMWR*, 5/6/1981, 30(21): 250-252.

3 O *Pneumocystis carinii* é um protozoário com predileção pelos pulmões. Produz pneumonia grave em prematuros e lactentes distróficos ou em adultos com imunossupressão.

4 O Center of Disease Control (CDC) é um órgão ligado ao Departamento de Saúde do governo americano, criado em 1942 para controlar a malária nas zonas de guerra. Em 1946 mudou sua atuação, passando a exercer a vigilância de doenças, visando ao estabelecimento de programas de controle em todo o território dos Estados Unidos.

5 'Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis Pneumonia Among Homosexual Men – New York City and California', *MMWR*, 30(25): 305-308, 1981.

[6] O sarcoma de Kaposi é um câncer de pele, raro, de causa desconhecida e pouca malignidade, que incide preferentemente em homem com idade acima de 50 anos.

[7] Ambos são periódicos científicos ingleses da área médica mundialmente respeitados.

[8] A Gay Men's Health Crisis foi criada em 11/8/81, três meses depois da divulgação dos primeiros casos de Aids. A rapidez de resposta leva a crer na força organizativa dos grupos *gays* ou que o problema já existia bem antes de se tornar público oficialmente, ou ainda ambas as coisas.

[9] 'Update on Acquired Immunedeficiency Syndrome (Aids) – United States', *MMWR*, 31: 507-514, 1982.

[10] Grupos de risco são aqueles em que a prevalência da doença é maior, em comparação com a população em geral.

[11] Ver Grmek (1989) e Black (1986).

[12] "O vírus da Aids pode ter sido criado pelo homem – e por ele disseminado – de propósito ou por engano num laboratório de pesquisas de armas biológicas. A teoria foi anunciada hoje pelo Dr. John Seales, especialista britânico em doenças venéreas". Ver *Jornal do Brasil*, 20/12/1985, p. 6.

[13] O conceito de Grmek refere-se ao conjunto dos estados patológicos presentes numa população em determinado momento. (Grmek, 1995a:11)

[14] Pandemia é o aumento inesperado do número de casos de uma determinada doença em vários lugares ao mesmo tempo.

[15] Ver Carrara & Moraes (1985: 5-19). Sobre a construção científica da Aids, ver Camargo Jr. (1993).

[16] Segundo Steven Epstein, foi a comunidade *gay* norte-americana, a primeira mais extensamente atingida pela doença, que inventou e disseminou a idéia de 'sexo seguro'. Ver Altman (1995).

[17] *Jornal da tarde*, 1/6/1983, p.8.

[18] Dina Czeresnia (1996: 100) destaca que "o contágio é uma das imagens mais fortes da idéia do outro como fonte de ameaça e perigo, suscitando um medo genérico em que o contato é percebido como possibilidade de agressão".

[19] "Câncer em homossexuais é pesquisado nos EUA", *Jornal do Brasil*, 3/9/1981, p. 6.

[20] "Doença misteriosa leva à morte os homossexuais", *O Globo*, 11/12/1981, p. 15.

[21] Ver, por exemplo, notícia publicada no *Jornal do Brasil* de 30/5/1982, que é uma tradução da reportagem do *New York Times*, assinada por Lawrence Altman, com o título "Doença nova atinge homossexuais nos EUA".

[22] João Silvério Trevisan é escritor, autor de várias obras sobre homossexualismo e fundador do jornal *O Lampião*, de militância homossexual. Segundo a revista, ele acompanhava a marcha da Aids.

[23] "Doença dos homossexuais atinge o país", *Folha de S. Paulo*, 8/6/83, p. 15.

[24] *Folha de S. Paulo*, 1983.

[25] Período de incubação de uma doença é o intervalo de tempo entre o contato efetivo do organismo com um agente infeccioso e as primeiras manifestações clínicas da doença. No caso da Aids, pensava-se num período de incubação de seis meses a dois anos. Sabe-se, hoje, que o período de incubação pode ser de até três meses.

[26] *Jornal do Brasil*, 25/8/1985, p.20.

[27] *Isto é*, 13/7/1983, Seção Ciência e Saúde, p.37-39.

[28] *Jornal da Tarde*, 24/8/1983, p.16.

[29] "Vírus atinge também grupo de *gays* sadios". *Jornal do Brasil*, 25/8/1985.

[30] "Vírus atinge também grupo de *gays* sadios". *Jornal do Brasil*, 25/8/1985.

[31] *Jornal do Brasil*, 16/6/1985, p.20.

[32] Essa posição de Carlos Alberto foi duramente criticada pelos grupos preocupados em desconstruir a Aids como doença de homossexuais e jogada por terra poucos anos depois pelo próprio vírus, dado o número crescente de mulheres soropositivas por transmissão sexual.

[33] Henfil, Chico Mário e Betinho, irmãos, hemofílicos e pessoas públicas, todos soropositivos para o HIV por transfusão de sangue contaminado. Henfil foi o primeiro deles a morrer com Aids, em 4 de janeiro de 1988.

[34] Sobre cidadania como processo histórico, ver o excelente artigo de Neves (1997).

[35] Em sua tese, Leilah Assumpção analisa as ONGs como conjunto estruturado ou campo de ação, segundo conceito de Bourdieu, construído no Brasil nas duas últimas décadas do século XX.

[36] A primeira ONG/Aids a ser criada no Brasil foi o Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (Gapa), de São Paulo, em 1985. Em 1996 foi premiada pelo Programa Nacional de Direitos Humanos do Ministério da Justiça como pioneira na luta anti-Aids no país. Grupos organizados de homossexuais já haviam tomado iniciativas contra a Aids em 1983, entre eles o Grupo Outra Coisa, que, em São Paulo, distribuía folhetos com informações sobre a doença dirigidas a homossexuais, e o Grupo Gay da Bahia (GGB), que incluiu o combate à Aids na sua agenda de luta.

[37] *Boletim Abia*, nº 1, jan. 1988.

[38] *Boletim pela Vidda*, ano 5, nº 20, jul.– set., 1994.

[39] "assim se diz da morte fictícia que é imposta à pessoa em conseqüência de pena, privando-a da liberdade e do exercício pleno de todos os seus direitos de cidadão". *Boletim Anti-Aids*, nº 17: "Morte civil", por Décio Manuel, advogado do Gapa/SP.

[40] Ver Brasil (1997).

[41] Entrevista de Sílvia Ramos, ver Portela (1997).

[42] Como exemplo, ver o artigo "Quem semeia pânico, colhe epidemia", *Boletim* Abia, ano 1, nº 2, 1988.

[43] Os dirigentes da Abia foram Richard Parker, Nelson Solano e Jane Galvão.

[44] Este financiamento do Banco Mundial foi dividido entre um grande número de ONGs – algumas das quais, criadas para receber este recurso –, constituíram-se mais como executoras de projetos de intervenção do que mobilizadoras de respostas para a Aids. O projeto de financiamento do Banco Mundial será mais detalhadamente descrito adiante.

[45] Ver Portela (1997) e, também, a entrevista de Alexandre do Valle à autora, *A Representação Social da Aids* (Arquivo Sonoro, fita 3, lado B, 1998).

[46] *Boletim pela Vidda*, nº 2, ano 1, fev. 1990.

[47] *Boletim pela Vidda*, nº 2, ano 1, fev. 1990.

[48] Essa apresentação encontra-se no expediente de todos os números do *Boletim pela Vidda*, a partir de 1992.

[49] *Boletim pela Vidda*, nº 8, ano 2, jan. 1991, p. 2.

[50] *Boletim pela Vidda*, nº 31, ano 9, jan.1998, p. 3

[51] Entrevista de Simone Bezerra à autora, *A Representação Social da Aids* (Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, fita 5, lado B, 1998).

[52] Entrevista de Dayse Agra à autora, *A Representação Social da Aids* (Arquivo sonoro, COC/ Fiocruz, fita 7, lado A, 1998)

[53] O Grupo de Mulheres é um dos vários grupos de convivência desenvolvidos no Pela Vidda, assim como o Café Positivo e a Tribuna.

[54] Entrevista de Dayse Agra à autora, *A Representação Social da Aids* (Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, fita 7, lado A, 1998).

[55] *Boletim Abia*, nº 6, fev. 1989.

[56] Dez dias depois, realizava-se no âmbito do Ministério da Saúde a 5ª Reunião Nacional sobre a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Os dados estatísticos trabalhados nessa reunião registravam 415 casos confirmados e mais 201 óbitos por Aids no Brasil. O ministro não contabilizou os casos passados que foram a óbito. Ver *Relato dos Trabalhos*, Brasília, 19 a 21 de agosto de 1985.

[57] *Folha de S. Paulo*, 10/08/1985 p.20.

[58] Portaria nº 542, de 22/12/1986.

[59] O Dr. Álvaro Matida, do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, observou que, de 46 pacientes de Aids registrados numa enfermaria do Hospital Gafrée e Guinle, um dos hospitais de referência nacional no tratamento de Aids, apenas três tinham sido notificados à secretaria, o que deixa entrever a proporção geral da subnotificação. Ver *Boletim Abia*, nº 6, fev. 1989, p. 1.

[60] Constituição de 1988, art. 199, § 4º.

[61] Ver *Boletim Abia*, nº 4, set. 1988, p. 1.

[62] Em março de 1990, o Grupo pela Vidda pede a demissão sumária de Lair Guerra. Ver *Boletim pela Vidda*, nº 3, ano 1, mar. 1990.

[63] Ver Nascimento (1997) e, também, capítulo 5 deste livro.

[64] Portaria ministerial 101, de 10/3/1987.

[65] *Jornal do Brasil*, 17/08/1990.

[66] Pelo Decreto 99.244, de 10/5/90, que reorganizava a estrutura administrativa do Estado, passavam a compor o Ministério da Saúde três órgãos: o Conselho Nacional de Saúde, a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária e a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, esta subdividida em Departamento Nacional de Programas de Saúde, Departamento de Normas e Departamento do Sistema Único de Saúde, extintas as antigas divisões.

[67] Os coordenadores foram: Luiz Antonio Matheus Loures (MG), no GT de Vigilância Epidemiológica, Celso Ferreira Ramos Filho (RJ), no de Serviço de Assistência, Richard Parker (RJ), no de Prevenção e Paulo Roberto Teixeira (SP), no de Ação Comunitária.

68 Assume a presidência Itamar Franco, que nomeia para o Ministério da Saúde o médico Jamil Haddad. Lair Guerra é mantida no cargo.

69 *Jornal do Brasil*, 28/10/1992.

70 E muito menos velozes que a disseminação da Aids. Segundo dados do ministério da saúde, em 1992 havia 13.664 casos de Aids notificados e, no ano seguinte, 15.393. *Boletim Epidemiológico Aids*, XI(2), mar.-mai. 1998. Segundo o atual ministro da saúde, Humberto Costa, os casos registrados até o ano de 2003 somam 277.141 (*O Globo*, 25/11/2003, p.13).

71 Sobre vacinas contra Aids, ver Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Programa Nacional de DST/Aids, *Vacinas contra HIV/Aids*, Brasília; PNDST/Aids, 1994 (Série Cadernos Técnicos 1), *Boletim Vacinas Anti-HIV/Aids*, publicação das ONGs/Aids, ano I, nº 2, jun. 1995 e Plano Nacional de Vacinas HIV, Brasília, CNDST/Aids, junho de 2002.

72 *O Globo*, 28/01/1994.

73 De 1994 até o primeiro semestre de 1996 havia 163 projetos de controle das DST/Aids, desenvolvidos por ONGs, financiados pelo PNDST/Aids.

74 Entrevista de Alexandre do Valle à autora, *A Representação Social da Aids* (Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, fita 5, lado A, 1998).

75 Entrevista de Alexandre do Valle à autora, *A Representação Social da Aids* (Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, fita 5, lado A, 1998).

76 Ver discussões na grande imprensa do período, de 8 de setembro a 2 de dezembro de 1995.

77 *O Estado de São Paulo*, 7/02/1996.

78 *O Globo*, 13/09/1996.

79 Chamada de capa da revista *Problemas Brasileiros*, nº 327, mai.-jun. 1998.

80 *Boletim pela Vidda*, set. 1995, p. 15. (edição especial)

4 A Ciência, o Poder Público e a Sociedade

A Medicina e seus Limites

Para analisarmos a tuberculose no início e a Aids no final do século XX, comparando o desempenho da medicina no combate a essas moléstias, é necessário examinar o conhecimento médico-científico sobre as doenças infecciosas nesses dois períodos.

Sabe-se hoje que a doença é infecciosa quando existe um microorganismo – vírus, bactéria ou fungo – que a produz por contágio, de variadas formas, da pessoa doente à sadia. Tanto a tuberculose quanto a Aids são doenças infecto-contagiosas; ou melhor, transmissíveis.

O conhecimento médico-científico atual sobre a tuberculose tornou a doença curável – com seus mecanismos de transmissão conhecidos; já o mesmo não acontece em relação à Aids, pois, embora não mais se duvide de seu caráter transmissível, ela ainda é incurável. O caráter transmissível e a incurabilidade são, a nosso ver, elementos centrais para uma análise comparada da tuberculose e da Aids, do ponto de vista médico-científico.

Transportemo-nos, porém, ao contexto em que a tuberculose, tal qual a Aids, hoje, ainda era incurável – mais do que isso, ainda não fora explicada de modo satisfatório pela ciência médica. Se existia a concepção do contágio como explicação para esta moléstia, a crença na hereditariedade era um pressuposto bastante sólido.

Ao longo dos séculos, a própria noção de contágio passou por diferentes entendimentos, articulados ao conhecimento vigente a cada época. Czeresnia (1997: 76) observa que: "a primeira noção não se referia originalmente a algo conhecido, que apresentasse estrutura morfológica como

a de um agente microbiológico capaz de produzir doença no organismo".

Apresentando as principais teorias do contágio, Czeresnia (1997: 76) mostra que, em geral, tratava-se de imagens fantásticas, como "humores malignos, disposição viciada dos humores orgânicos, animálculos inimigos da natureza do corpo", sem ancoragem numa estrutura perceptiva que pudesse dar objetividade a uma teoria da doença. Isso só veio a acontecer com as descobertas bacteriológicas lideradas por Pasteur e Koch, na segunda metade do século XIX. Sigerist (apud Czeresnia, 1997: 91) diz que eles "puderam demonstrar sob o microscópio o que efetivamente eram os miasmas e os contágios", inaugurando uma nova racionalidade médica.[1]

A par de construções racionais que pudessem explicar a noção de contágio, elemento percebido nas epidemias, buscava-se construir teorias sobre as doenças em geral e, dessa forma, sobre a tuberculose. Diferentemente da Aids, vários estudos indicam ser a tuberculose uma doença extremamente antiga.[2] Ao longo do tempo, os médicos tentaram estabelecer teorias que pudessem explicar o conjunto de sinais e sintomas apresentados por ela, dentre os quais se destacava o definhamento do corpo, donde sua denominação de tísica.

Se até a Idade Moderna a medicina se limitava às observações clínicas da doença, a partir de então, com a possibilidade da dissecção de cadáveres,[3] tentou relacionar os sinais e sintomas às lesões anatômicas encontradas nas autópsias. Com isso, avançou-se no conhecimento da doença, principalmente quanto à sua evolução anatomoclínica, pois percebeu-se que as diferentes lesões anatômicas encontradas eram estágios de uma mesma doença. Mas, com relação à sua etiologia, modos de transmissão e terapêutica tateou-se por muito tempo.

Poderíamos aqui discutir o desenvolvimento histórico do saber médico acerca da tuberculose, mas o que nos interessa é localizar o momento em que sua formulação como doença contagiosa, com agente e formas de transmissão revelados, tornou-se hegemônica, por considerarmos que nesse momento, também, ela se torna um problema social. Até esse momento, a tuberculose era um problema praticamente restrito ao campo médico e, como tal, as pesquisas sobre ela processavam-se lentamente, sem que houvesse uma relação de grande tensão com os campos político e social. Essa relação é analisada por Fleck (1986) ao estudar a gênese e o desenvolvimento de um fato científico. Ele demonstra que, além do caráter coletivo da investigação científica, a ciência é influenciada por fatores externos. Tomando como estudo de caso a Reação de Wasserman, prova

sorológica da sífilis, Fleck (1986: 124) faz inclusive um paralelo com a tuberculose, ao argumentar como foi importante para o desenvolvimento das pesquisas sobre a sífilis a representação social da doença:

> Duas eram as idéias mais importantes: a idéia, com fortes conotações éticas, de que a sífilis era um mal venéreo, e a idéia, que precisava ser efetivamente demonstrada, da alteração no sangue sifilítico. Não se pode subestimar o vigor, a importância e o impulso de desenvolvimento que estas investigações obtiveram a partir da especial significação moral da sífilis.
>
> A tuberculose, que há séculos causava muito mais dano, infelizmente, não foi objeto de um impulso tão forte por não ser a 'maldita e vergonhosa' enfermidade mas, sim, a 'romântica' por excelência. Este fato não se explica por nenhum tipo de argumento minimamente racional nem por qualquer tipo de estatística. A investigação sobre a tuberculose simplesmente não mereceu por parte da sociedade um tão forte impulso, simplesmente porque não havia tensão social que devesse ser desfeita pela investigação.

Em consonância com essa posição de Fleck, vemos que a defesa da idéia de que a tuberculose era uma doença contagiosa só ocorreria em 1865, quando Jean-Antoine Villemin, em um comunicado à Academia Francesa de Medicina, demonstrou sua transmissibilidade a partir da inoculação de cobaias. Villemin publicou sua tese, em 1868, no livro *Études sur la Tuberculose*, onde refuta todas as teorias explicativas para a doença vigentes até então, principalmente a da hereditariedade, e defende firmemente que sua causa seria o que ele denominou 'vírus', que se multiplicaria no corpo do doente, transmitido por contato direto ou pelo ar.

A partir da observação de uma maior disseminação da tuberculose em grupos confinados, Villemin alerta para o perigo de saturação do ar pelo 'vírus' e propõe uma intervenção de caráter profilático, numa perspectiva higienista, como forma de impedir sua disseminação. Segundo Guillaume (1986), a perspectiva higienista, caracterizada por uma atuação social, mostrou-se ameaçadora para a estabilidade das relações médico-paciente desenvolvidas pelos clínicos, os quais se opuseram fortemente às idéias de Villemin. A própria teoria do contágio, no pensamento dos médicos, trazia o risco de os doentes serem abandonados pelas famílias, o que influiria negativamente no prestígio dos médicos junto a elas (Guillaume, 1986). Portanto, a teoria do contágio de Villemin para explicar a tuberculose não teve aceitação plena no próprio campo médico-científico.

O mérito da prova irrefutável e definitiva de que a tuberculose era uma doença contagiosa coube a Robert Koch. Em 24 de março de 1882, ele apresentou um trabalho à Sociedade Fisiológica de Berlim no qual estabelecia de modo definitivo que a tuberculose não devia ser atribuída ao 'mau sangue' ou à 'má hereditariedade', mas sim a um organismo específico, o *Micobacterium tuberculosis*, e anunciava a identificação do bacilo, por meio da técnica de coloração, já utilizada em seus trabalhos anteriores, com algumas modificações. O anúncio dessa descoberta causou grande impacto na reunião, sendo lembrado como "o acontecimento científico mais esplendoroso de quantos se teve conhecimento" (Waksman, 1966: 104).[4]

Koch publicou sua tese – *Die Aetiologie der Tuberculose* – em 1883, oferecendo ao mundo científico não só detalhes minuciosos de seu método de identificação do bacilo, mas também a indicação de medidas preventivas para o combate à tuberculose, pois não se tratava mais de algo indefinido, desconhecido, e sim de "um parasita bem tangível, cujas condições de vida já são, em boa parte, conhecidas e que poderão ser ainda melhores investigadas". Portanto, cabia como medida de prevenção "eliminar todas as fontes de que o material infeccioso deflui", e indicava como fonte mais importante: a saliva dos doentes (Waksman, 1966: 106).

Outra contribuição fundamental que serviu para implementar os recursos diagnósticos da tuberculose foi dada por Roentgen, em 1895, ao descobrir os Raios X, capazes de atravessar objetos opacos. Essa descoberta abriu caminho para a idéia de se examinar a intimidade dos corpos com o objetivo de determinar-lhes a estrutura física. Os raios revelavam, por meio de sombras, aquilo que os olhos, anteriormente, não podiam perceber, possibilitando, assim, a identificação das lesões tuberculosas no organismo humano vivo.

Portanto, no fim do século XIX, a causa da tuberculose, a sua incidência, os recursos para o seu diagnóstico e os cuidados gerais necessários para sua prevenção estavam postos. Mas não sem um acirrado debate médico entre os adeptos da teoria da hereditariedade e os contagionistas sobre a origem da doença. Todavia, a descoberta de Koch, ao alcançar gradativamente aceitação universal, produziu um sentimento geral de que se havia, enfim, dominado o "maior dizimador da raça humana" (Waksman, 1996: 106). A tuberculose como doença contagiosa perdeu sua significação mítica, e o postulado de Koch passou a orientar as ações higienistas baseadas numa relação intrínseca entre doença, natureza e

sociedade. A ação higienista, do ponto de vista político, significou converter a saúde numa questão de interesse público e de competência estatal.

As descobertas de Koch não ocorreram por acaso. O processo de industrialização na Europa, no final do século XVIII, resultou em grandes transformações. A aglomeração nos centros urbanos e o processo de produção fabril deterioraram as condições de vida de uma grande parcela da população ao longo do século XIX, o que gerou um aumento das epidemais e de todas as formas de agravo à saúde. A doença começava a ser associada a essas condições de vida, e a tuberculose passava a ser considerada um flagelo social.

Ao mesmo tempo, a medicina vinha se transformando por efeito de novas pesquisas. Pasteur, por exemplo, liderou algumas que, no conjunto, fundamentaram a teoria microbiológica para explicação das doenças[5] e ensejaram uma "exaltação otimista da crença na capacidade humana de dominar a natureza e, assim, encontrar a causa e a cura específica de seus males" (Czeresnia, 1997: 92).[6]

Um século depois, essa crença, fundamentada numa base material bastante razoável, pelo menos no que se refere às doenças infecciosas – várias delas erradicadas ou controladas –, vê-se abalada com o surgimento da Aids – um evento novo e desconhecido que coloca em xeque o campo médico-científico.

Sem dúvida, o conhecimento médico-científico estava em outro patamar no início da década de 1980. Pensar no contágio, do ponto de vista científico, não significava mais uma questão de magia ou de representações fantásticas de algo como demônio, veneno ou eflúvios que passavam de uma pessoa para outra.[7] Ao contrário, acreditava-se que, no tocante às doenças infecciosas, tudo estava revelado e, portanto, a luta contra esses males estava praticamente ganha, uma vez que havia meios de controlálos sem maiores dificuldades. Com o advento dos quimioterápicos, a tuberculose passou a ser uma doença curável, mas isso não garantiu o seu controle, como demonstra sua alta incidência nos últimos anos, seja pelo aumento da miséria de uma parcela da população, seja por resistência bacteriana ou mesmo como doença oportunista, numa associação com a Aids.

Em referência ao conseqüente declínio da infectologia, pelo fato de as doenças infecciosas estarem em processo irreversível de extinção, Cristiana Bastos (1997: 78) é bem explícita:

> O cirurgião-geral [cargo equivalente ao de ministro da saúde] William H. Steward comunicou em 1969 ao Congresso americano que era tempo de 'fechar o livro das doenças infecciosas', declarou ganha a guerra contra essa praga e transferiu os recursos nacionais para problemas crônicos, como o cancro e as doenças cardíacas. Os jovens cientistas perceberam que campos como a entomologia médica, a parasitologia, ou a patologia do hospedeiro, não eram vias para carreiras produtivas e compensadoras.

Mas por ter colocado em xeque a biomedicina, talvez por ter incidido em países desenvolvidos, onde era maior a certeza do controle das doenças transmissíveis, ou, quem sabe, ter atingido indivíduos que nesses países tinham força organizativa, a Aids, diferentemente da tuberculose, 'nasceu' como problema, isto é, tornou-se uma questão pública, tão logo foram identificados os primeiros casos clínicos nos EUA, recolocando a grande ameaça do contágio. Dessa forma, se o campo médico-científico desenvolveu suas pesquisas no sentido de conhecer e obter êxito sobre esse novo agravo à saúde, a intensa pressão externa fez com que o processo de investigação, ancorado em recursos tecnológicos disponíveis, fosse extremamente rápido.

A hipótese viral para a causa da Aids veio corroborar as pesquisas de ponta sobre uma possível etiologia viral para o câncer. Havia uma verdadeira 'caça aos vírus', na tentativa de identificar aqueles envolvidos com as lesões cancerígenas. Nesse processo de investigação descobriu-se o primeiro retrovírus humano, cuja característica é possuir somente a molécula de ARN (ácido ribonucléico) e não a de ADN (ácido desoxirribonucléico), existente nos vírus comuns. Essas moléculas contêm o código genético do vírus, e a biologia molecular acreditava, até então, que o ADN gerasse moléculas de ARN e nunca o inverso, isto é, o ARN gerar cópias de ADN. Daí o prefixo retro para os vírus que conseguem efetuar essa operação, utilizando-se da enzima transcriptase reversa.

Foi a equipe de Robert Gallo, do National Cancer Institute, que fez a primeira descrição de um retrovírus humano, que denominou *Human T leukemia virus* (HTLV), sendo reinterpretado mais tarde para *Human T-cell lymphotropic virus*. A partir daí, estavam dados potencialmente, segundo Grmek (1989: 94), "os meios intelectuais e técnicos indispensáveis para a identificação e isolamento do agente causal da Aids". E isso logo ocorreu.

Em 23 de abril de 1983, foi anunciada a descoberta do vírus, provável causador da Aids, com um impacto semelhante ao que causou a

comunicação de Robert Koch quanto à descoberta do bacilo da tuberculose em 1882, só que agora para um público muito mais amplo que a comunidade científica. A comunicação foi feita pela secretária de saúde norte-americana, Margaret Heckler, frente às câmeras de televisão, assinalando "mais um milagre no longo quadro de honra da medicina e ciência americanas" (Bastos, 1997: 81).

Fazer da descoberta do vírus HIV um fato político foi uma resposta à questão pública em que a Aids se transformara. Além disso, como lembra Bastos (1997), havia uma disputa pela precedência na descoberta do vírus, pois "no dia anterior o *New York Times* tinha publicado um artigo sobre a descoberta francesa do vírus da Aids".[8] O anúncio provocou a sensação de que, com a mesma rapidez com que se identificou o vírus, seriam descobertas a cura e a vacina para a nova doença. Mas, em seguida, assistiu-se ao espetáculo da perplexidade desse mesmo discurso. O discurso médico-científico fora ludibriado pelas evoluções de uma doença que escapava a todas as tentativas de aprisionamento. O vírus tinha múltiplas formas de aparição, o que reforçou no imaginário social perspectivas aterrorizantes de algo inapreensível.

Dráuzio Varella revela essa 'inapreensão' do HIV, ao explicar o mecanismo de replicação do vírus que só possui RNA:

> *Ele tem que se transformar em DNA e utiliza a transcriptase reversa para fazer isso. Só que este é um mecanismo muito arcaico. Muito velho. Foi abandonado lá atrás, ao longo do processo evolutivo. Trata-se de um mecanismo arcaico e que produz erros com muita freqüência! Esse conjunto de erros é o segredo da mutação do HIV. O HIV não é inteligente. A gente fala: 'Ah, o vírus é esperto!' Isso é uma figura de linguagem na qual a gente acaba acreditando: o vírus é esperto, ele é aquilo, ele muda. Nada! Ele comete tantos erros nessa passagem, que a maioria de suas cópias é inútil, não serve para nada. Mas algumas servem. E essas que servem não são iguaizinhas a que lhes deu origem. Nessas diferenças (...) aquelas que são sensíveis ao AZT, por exemplo, vão morrendo. Vão morrendo, vão morrendo (...) As que não são sensíveis começam a competir mais e aí ele vem com tudo.*[9]

A desmistificação da mutação do HIV, tornando conhecido o mecanismo de multiplicação do vírus, indica a orientação dada às pesquisas biomédicas em relação à Aids. Bastos (1997: 99) observa que: "a pesquisa dominante em SIDA, tanto em ciência básica como em desenvolvimento de medicamentos, reproduziu o modelo básico da teoria bacteriológica dos germes".

O HIV passou a ser o grande e único inimigo e o problema da Aids se resolveria com drogas antivirais e vacinas. De fato, em 1987, passou-se a usar o AZT para tratar a Aids. A cada ano surgia uma nova droga e em 1996 o propalado coquetel – uma nova associação medicamentosa que dava a esperança de um controle seguro do HIV. O que faz lembrar o enunciado de Aloysio de Paula,[10] de que a luta contra a tuberculose foi vencida com os quimioterápicos e não pela profilaxia. Apesar de questionável – basta lembrar o aumento da incidência da tuberculose hoje –, essa afirmação corrobora a opinião de Dráuzio Varella em relação à Aids:

> *Eu penso que a briga com a Aids, do ponto de vista tecnológico, vai se resolver dependendo da nossa capacidade de criarmos novos antivirais. Se a indústria responder com alta criatividade, com capacidade de, cada vez mais, jogar novos antivirais no mercado, nós vamos poder conviver com a Aids tranqüilamente.*[11]

Mas o problema está no fato de, se por um lado, em nossa sociedade a definição de doença se dá pela ótica médica, por outro, ela adquire significados múltiplos e variados, tanto em função de suas repercussões políticas quanto de suas formas de manifestação no corpo social.

O Estado de Mãos Vazias

Apesar de a medicina ser a força unificadora que define a enfermidade experimentada pelo indivíduo nas sociedades ocidentais contemporâneas, em se tratando de doenças transmissíveis, seu caráter passa a ser fundamentalmente social, requerendo, portanto, uma ação coletiva protagonizada pelo poder público. Como vimos, em relação à tuberculose, no momento em que a ciência a definiu incontestavelmente como doença contagiosa, exigiram-se para seu controle ações no âmbito coletivo, o que significou convertê-la em uma questão de interesse público e de competência estatal.

Da mesma forma, quando se reconhece que a Aids é causada por vírus e logo se identifica o HIV, fica atestado seu caráter contagioso. Apesar das tentativas iniciais de aprisioná-la nos grupos homossexuais masculinos, a Aids é vista como uma questão pública que requer o concurso do poder público. Mas, tanto em relação à tuberculose quanto à Aids, no Brasil, em um primeiro momento, o Estado não se responsabilizou pela

formulação e execução de uma política pública de controle dessas enfermidades. Não foi por falta de propostas, surgidas tanto no seio da sociedade quanto no âmbito do próprio governo federal, que o Estado tardou em se envolver efetivamente com a questão.

No caso da tuberculose, por exemplo, Oswaldo Cruz, diretor da DGSP, apresentou em 1907 um plano de combate à doença, fundamentado e atualizado tecnicamente. Dividia as causas produtoras da tuberculose em 'determinantes' e 'predisponentes', definia como causa determinante o bacilo específico e como predisponentes as condições que levavam a uma diminuição das resistências naturais do organismo, como:

> falta de arejamento e iluminação do domicílio, condensação de população nas habitações, oscilação da atmosfera domiciliária, deficiência de alimentação, esgotamento físico e moral, predisposição hereditária (...). (Almeida, 1978: 238-239)

O sanitarista afirmava que o combate à doença devia se dar pelos dois lados da questão, luta contra o bacilo e fortalecimento da defesa orgânica:

> fornecendo-se habitações higiênicas, alimentação abundante e boa, não se permita o trabalho das crianças nas fábricas, evitem-se os esgotamentos orgânicos de causas higiênicas, físicas e morais (...) que se terá fornecido ao organismo a arma da luta que fará sucumbir o bacilo assaltante. (Almeida, 1978: 239)

O conjunto de medidas que, articuladamente, segundo ele, daria conta da luta contra o bacilo, teria na notificação compulsória de todos os casos de tuberculose (e não somente a tuberculose aberta)[12] sua base fundamental. Com a notificação seria detectado o indivíduo tuberculoso, infectante e 'válido', isto é, o doente que eliminava bacilos e ainda passível de receber tratamento. Os doentes, assim considerados, seriam tratados e educados nos sanatórios ou nos domicílios, sob a imediata e contínua fiscalização das autoridades sanitárias.

Para que a educação profilática surtisse efeito, seria necessário o afastamento do doente das coletividades confinadas: repartições públicas, fábricas, colégios, oficinas etc. Resumindo, afastá-lo de seu local de trabalho. Ao retirar os tuberculosos do trabalho, seria necessário, dizia o plano, garantir-lhes e à sua família os meios de subsistência, por intermédio de leis de aposentadoria temporária ou definitiva e de seguro obrigatório para os operários e empregados no comércio e na indústria.

A cidade teria de ser dotada de sanatórios, colônias sanitárias agrícolas, localizadas fora do centro, que permitissem ao doente manter uma atividade laboral, e casas de pensão – estas para os doentes sem domicílio próprio. O indivíduo tuberculoso, infectante e 'inválido', isto é, em total aniquilamento das resistências orgânicas, deveria ser internado em hospitais de isolamento ou ficar em completo isolamento domiciliar, sob vigilância contínua da autoridade sanitária. Isto implicava a construção de hospitais específicos para a doença ou de pavilhões nos hospitais gerais.

Tais medidas, incluindo a fiscalização dos produtos alimentícios com possibilidade de contaminação, a normatização dos serviços de varredura com o intuito de eliminar as poeiras carreadoras de bacilos e um serviço fiscalizado de lavanderias públicas, comporiam o que Oswaldo Cruz chamou de profilaxia direta.

As causas 'predisponentes', os fatores individuais como 'vícios' e 'herança física', seriam corrigidos pela educação higiênica. Os fatores gerais, segundo o plano, basicamente os referentes ao domicílio e à alimentação, seriam resolvidos tanto com a construção de casas higiênicas e em quantidade suficiente para os trabalhadores quanto pela fiscalização dos alimentos, às expensas do governo.

Oswaldo Cruz não incluiu o mundo do trabalho, quer do ponto de vista da insalubridade dos locais onde se dá o processo de produção, quer do esgotamento orgânico causado pelo próprio processo ou pela extensão da jornada de trabalho, como fator passível da intervenção do Estado. À época, o Estado não intervinha nas relações capital/trabalho.

A própria Liga, que se ocupava com a tuberculose desde 1900, tratava a questão do trabalho nas fábricas com muitos cuidados. Quando o médico Antonino Ferrari verificou, em 1908, que as condições de trabalho nas fábricas favoreciam a produção e disseminação da tuberculose e sugeriu que se nomeasse "uma comissão para investigações mais completas, a fim de levar ao conhecimento do governo federal as condições sanitárias das oficinas, sobretudo de fiação e tecelagem" (LBCT, 1908: 29), recebeu como resposta da Comissão Técnica da Liga a sugestão de que a diretoria nomeasse pequenas comissões, as quais:

> indo em nome da Liga visitar essas oficinas, procurem, *'valendo-se de seu prestígio, por conselhos e pedidos'*, obter junto às respectivas administrações a melhoria das condições higiênicas, necessárias como elemento profilático contra a tuberculose. (LBTC, 1908: 33, grifo nosso).

Para a execução de seu plano, Oswaldo Cruz afirmava ser importante que todos os serviços relativos à profilaxia da tuberculose fossem de iniciativa oficial e entregues à direção exclusiva de um só departamento da administração pública.

A resposta do presidente da República a Oswaldo Cruz, divulgada na imprensa, indicava que, embora a tuberculose fosse nesse tempo uma questão pública, não se tinha tornado ainda uma questão política que merecesse o envolvimento das instâncias decisórias dos poderes Executivo e Legislativo para a viabilização de um plano de combate:

> Às vésperas de sua partida para Berlim, em junho de 1907, Oswaldo Cruz desentendeu-se com Afonso Pena que, segundo a imprensa, comprometera-se a pedir ao Congresso o crédito de 12 mil contos, mas voltara atrás, alegando que o combate à tuberculose devia ser adiado até que se caracterizasse como calamidade pública. (Benchimol, 1990b: 50)

Resposta semelhante a essa tivemos em relação à Aids, em 1985, quando Carlos Santana, ministro da saúde à época, declarou à imprensa que, para o governo federal, a Aids "apesar de preocupante não era prioritária para o país".[13] O ministro chamava a atenção para o número insignificante de casos de Aids em relação a outras doenças já existentes e a sua ocorrência exclusiva nos grupos de risco, principalmente entre os homossexuais masculinos.

Justapostas as duas alegações – a de Afonso Pena, em 1907, e a de Carlos Santana, em 1985 – podemos dizer que ambas são praticamente iguais. A devastação causada pela tuberculose, que atingia principalmente os pobres no início do século XX, e o potencial poder devastador da Aids, que atingia principalmente os homossexuais masculinos no final do século XX, não foram, inicialmente, alvos prioritários de uma política de saúde pública.

Apesar de tratar-se de contextos históricos distintos, a questão que fundamenta as duas argumentações permanece a mesma: a do direito ou não à saúde como um bem de consumo coletivo e, portanto, provido pelo Estado. Ao analisar quando, por que e como a saúde no Brasil tornou-se uma questão estatal, Hochman (1998: 26) diz que:

> As políticas de bem-estar contemporâneas, como o próprio Estado que as produz, seriam resultados históricos, não-previstos, dos esforços das elites, e dos conflitos intra-elites, para explorar, administrar, controlar e remediar os progressivos efeitos externos da destituição, diante do crescente insucesso das soluções individuais e da precariedade das soluções voluntárias.

Assim, a relação do Estado com a doença é historicamente definida e distinta a cada conjuntura. Ao nos aproximarmos da conjuntura brasileira de início do século XX, vemos que a característica fundamental do Estado era a de uma instituição limitada em sua competência, num contexto em que os direitos individuais estavam assegurados aos ricos e não aos destituídos, e no qual a vida em sociedade era regulada pelos mercados econômico e político, como condição necessária para a nova ordem capitalista se desenvolver. Assim, a argumentação de Afonso Pena obedece à lógica de que a situação de calamidade pública só se caracterizaria quando um evento como a tuberculose influísse negativamente no mercado econômico, como aconteceu com a febre amarela, a varíola e a peste, doenças sobre as quais o Estado interviu.

Apesar de ser de interesse público por seu caráter contagioso, nas duas primeiras décadas do século XX, a tuberculose esteve praticamente restrita, como foco de preocupação, aos círculos médicos e higienistas. A política estatal para o seu tratamento resumia-se à subvenção financeira e à isenção de impostos a quem da sociedade civil formulasse e executasse uma política de controle da doença. Somente a partir de 1920 é que o Estado assumirá sua responsabilidade no que diz respeito às questões da saúde, nelas incluída a tuberculose.[14]

No final do século XX, a conjuntura brasileira é totalmente diferente. O país acabava de sair de um período autoritário, em que o poder do Estado, ampliado, 'cassou' direitos já conquistados e restringiu a esfera de atuação da sociedade civil em nome de um desenvolvimento econômico que desconsiderou o desenvolvimento social. O início da década de 1980 foi marcado por um acelerado processo inflacionário que desorganizou o funcionamento da economia nacional. O setor público enfrentou dificuldades de financiamento junto à iniciativa privada, incentivando um processo de emissão monetária que realimentava a crise inflacionária.

A transição para a democracia deu-se de forma lenta e profundamente negociada, tendo, de um lado, o próprio Estado autoritário e, de outro, grupos organizados da sociedade civil que passaram a gozar de maior visibilidade nesse processo. Aos poucos a sociedade foi conquistando, no debate político de elaboração de uma nova Constituição, direitos civis amplos, direitos políticos e sociais que significaram um avanço no estatuto da cidadania brasileira. A saúde como direito de todos e dever do Estado tornou-se um artigo constitucional. Pois foi nesse contexto que a declaração do ministro Carlos Santana, em 1985, em relação à Aids, já reconhecida mundialmente

como uma epidemia com potencialidade para se tornar incontrolável, pareceu despropositada e produziu fortes reações de grupos da sociedade civil, mobilizados com a questão. Tanto no início quanto no final do século XX, a organização de grupos da sociedade civil antecipou-se à do poder público para lidar, respectivamente, com a tuberculose e a Aids.

As Soluções de Compromisso

Se a sociedade civil antecipou-se ao poder público no combate tanto à tuberculose quanto à Aids, e se a sua ação objetivou-se na formação de entidades alternativas que, ao tratar dessas doenças, procuravam pressionar o Estado a assumir a sua responsabilidade no combate a elas, cabe agora analisar quais as similitudes ou dissimilitudes que caracterizaram a constituição e a motivação organizacional dessas mesmas entidades, considerando seus respectivos contextos históricos.

Nos inícios do século XX, os médicos que se mobilizaram para o combate à tuberculose, mesmo os que tinham sido acometidos pela doença – e muitos o foram –,[15] assumiram essa tarefa exclusivamente como médicos e não como tuberculosos. Membros da elite social do país, esses médicos representavam o pensamento científico, social e político de sua época, e sua ideologia baseava-se em uma crença inabalável no poder da técnica e da ciência, associada a uma inquestionável atitude cívica.

Aliados aos intelectuais que compartilhavam o mesmo pensamento, esses profissionais voltaram-se para a questão da tuberculose no Rio de Janeiro, a capital federal, por entenderem que os altos índices de mortalidade causados pela doença eram incompatíveis com a instauração da modernidade desejável no país. "A exemplo dos países civilizados", o Brasil tinha de seguir a "grande corrente científica e civilizadora da época" para o "engrandecimento pátrio" (LBCT, 1901: 5-6).

Com a ambição explícita de instaurar no país a modernidade, a LBCT foi criada por iniciativa de personagens de prestígio nas áreas médica, política e social (Nascimento, 2002: 32-33). Os médicos praticavam a clínica, atuavam na área acadêmica, tanto no âmbito do ensino quanto nos debates científicos dos congressos, e ocupavam cargos públicos ou exerciam mandatos políticos. Os líderes não médicos da Liga também gozavam de alto prestígio social e exerciam forte influência política, seja por meio de mandatos ou de cargos no governo federal.

Moacyr Scliar (1998: 19) diz que a idéia de Liga envolvia generosidade, entusiasmo e militância. Não podemos duvidar, mas com certeza isso não seria suficiente para a manutenção de um projeto de monta. Sabemos que foi necessária a combinação do pensamento político corrente com interesses particulares do grupo. O pensamento corrente expressava-se na atitude cívica de transformar o Brasil em um país moderno. Na verdade, tratava-se de um projeto de construção de nação que veio a se explicitar e ganhar vulto na década de 1910 (Lima, 1999) e que motivou as elites médicas e intelectuais a formular e executar uma política de combate à tuberculose. Quanto aos seus interesses particulares, há vários indícios de que estes se prendiam à manutenção da hegemonia da prática clínica liberal, pois havia uma ameaça a ela, vislumbrada na difusão da medicina experimental, que colocaria o médico na dependência de laboratórios.

Assim, a tuberculose e, mais especificamente, a Liga para o seu combate, constituíam-se nos elementos necessários à realização tanto dos sonhos de modernidade quanto dos interesses políticos desse grupo: doença da pobreza, flagelo social, de evolução crônica, ela permitiria, por um lado, o reforço da relação médico-paciente; e por outro, desenvolveria um saber médico especializado – a tisiologia –, bem como um saber geral, pois "cuidando de tuberculose e de seus aspectos, [ia-se] aprendendo a cuidar de todas as doenças que estão por aí"[16] e, com isso, contribuir de modo efetivo para livrar a nação de seus sinais de atraso.

Quando a Aids surge em cena, no início dos anos 1980, a sociedade brasileira experimentava, nos grandes centros urbanos, a emergência de movimentos sociais autônomos. Herdeiros dos pequenos grupos clandestinos que vinham atuando desde o início da ditadura militar, esses movimentos concentraram primeiramente os trabalhadores dos grandes conglomerados industriais do país para, logo em seguida, se difundirem em movimentos sociais específicos de saúde, educação, moradia etc.

No encaminhamento empírico destas questões, tais movimentos vinham recebendo apoio de profissionais oriundos de setores médios da sociedade, com experiência política e militância na esquerda. O apoio destes profissionais se dava subsidiando a elaboração de projetos, facilitando o contato e orientando discussões com autoridades e instituições públicas. Para desempenhar a contento o seu papel, estes profissionais se organizaram em ONGs e promoveram debates nos quais a questão da cidadania e a estruturação de uma subjetividade apta ao exercício de direitos coletivos eram os principais itens da pauta.

Dessa forma, no contexto de final do século XX – marcado por um processo de construção democrática –, o que moveu os grupos da sociedade civil envolvidos com a Aids foi a construção da cidadania, inserida em um projeto político de criação de uma nação democrática. As transformações na cena mundial, a crise da governabilidade, o neoliberalismo, a recessão e o aumento da pobreza levaram à necessidade de uma redefinição do papel do Estado, no sentido de uma sociedade democrática.

No caso das ONGs/Aids, o processo de construção da cidadania adquiriu uma característica especial em decorrência da própria origem social daqueles que primeiro foram infectados no país, em sua maioria intelectuais e artistas da classe média, quase todos com um ideário libertário de esquerda incorporado em sua história pessoal. Nessa medida, as ONGs que se organizaram para lutar contra a Aids não eram apenas entidades de apoio aos infectados pelo HIV, mas a trincheira avançada de reivindicações de direitos, de denúncia de preconceitos e de difusão de um exercício de cidadania numa sociedade em que essas atitudes eram absolutamente inusitadas. Tais entidades surgiram por iniciativa das próprias pessoas infectadas e, nesse sentido, não foram simplesmente intermediadoras, mas a forma de representação direta dos atingidos pela doença e pelos preconceitos socialmente construídos.

Assim, os próprios indivíduos atingidos diretamente pelo HIV/Aids levantaram-se em defesa de seus direitos, na intenção de "fazer do fato de que todos somos mortais, uma garantia de que teremos todos uma vida plena, no gozo de todos os nossos direitos civis".[17] Dentro dessa perspectiva ideológica, as ONGs/Aids reivindicaram a outra ponta da saúde como dever do Estado, qual seja, o direito à saúde, que implica informação sobre a doença, educação para a prevenção do HIV/Aids, acesso aos serviços de saúde e assistência médico-hospitalar – tudo isto como expressão do exercício pleno da cidadania.

A Aids, associada à morte, promiscuidade, sexo e medo de contágio, resultou em preconceito e discriminação dos indivíduos soropositivos ou doentes, com a violação, sob formas sutis ou evidentes, dos seus direitos fundamentais resguardados constitucionalmente, como a assistência à saúde e o respeito como cidadãos. Em resposta a esse estado de coisas, as ONGs/Aids defenderam "o combate à epidemia de HIV, em todas as suas dimensões, [como] uma bandeira democrática radical".[18]

Se o trabalho da Liga não foi suficiente para reduzir de forma sensível os índices de mortalidade da tuberculose, seu desempenho foi fundamental para torná-la uma questão pública e objeto de interesse crescente das elites sociais e políticas do país, a ponto de levar o Estado a contemplar a tuberculose, quando, em 1920, estabeleceu uma política nacional de saúde, com a criação da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose. Em relação à Aids, percebe-se que as ONGs/Aids tiveram um papel fundamental na criação de um programa nacional de controle do vírus e da doença pelo Estado. Claro está que nem as ONGs, nem o programa estatal foram exclusivos do Brasil – vieram no bojo de um movimento mundial de intervenção na epidemia HIV/Aids. Assim, pode-se afirmar que, graças à pressão social, o Estado assumiu finalmente o seu compromisso de combate tanto à tuberculose quanto ao HIV/Aids. E este compromisso tem sido crescente. No que se refere à Aids, desde 1996, o governo distribui gratuitamente os remédios necessários ao tratamento da síndrome.

Notas

[1] Sobre a história do contágio, ver também Martins (1997).

[2] Ver breve compilação dos estudos que indicam ser a tuberculose tão antiga quanto a humanidade, em Pôrto (1997), especialmente o capítulo 1.

[3] Essa atividade não foi sempre legítima e tranqüila como hoje. Por exemplo, Linebaugh analisa os motins ocorridos durante as execuções na Praça de Tyburn, no século XVIII, que revelam uma disputa entre os cirurgiões e os familiares dos enforcados. Os cirurgiões queriam os corpos dos enforcados para proceder a sua dissecção, os familiares os reivindicavam para o ritual do enterro. Essa tensão causou uma revolta popular contra os cirurgiões.

[4] Essas foram as palavras de Paul Ehrlich, presente à reunião. Paul Ehrlich viria, mais tarde, a descobrir o Salvarsan, empregado no tratamento da sífilis.

[5] No que diz respeito à medicina, Pasteur desenvolveu a anti-sepsia e assepsia como forma de controle das infecções hospitalares e, ao dedicar-se ao estudo das doenças infecciosas, a partir de 1877, desvendou a vida microbiana, criando com isso o campo de estudo da microbiologia. Uma de suas descobertas mais importantes foi a vacina anti-rábica.

[6] Sobre essa questão, ver também capítulo 1 deste livro.

[7] Do ponto de vista do imaginário social, ainda se associa o contágio ao medo e à rejeição do outro. Ver, por exemplo, Sontag (1984).

[8] Ver capítulo 3 deste livro.

[9] Depoimento de Dráuzio Varella à autora, *A Representação Social da Aids* (Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, fita 4, lado A, 1998).

[10] Ver capítulo 2 deste livro.

[11] Depoimento de Dráuzio Varella à autora, *A Representação Social da Aids* (Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, fita 4, lado A, 1998).

[12] Tuberculose aberta é o termo utilizado nas instruções da DGSP e mantido no Decreto nº 5.156, de 1904, no item de notificação compulsória. Significa a existência da lesão pulmonar em estágio avançado.

[13] Ver *Folha de S. Paulo*, 10/8/1985, p. 20 e também capítulo 3 deste livro.

[14] Ver capítulo 2 deste livro e também a análise sobre a formação de políticas públicas e nacionais de saúde no Brasil em Hochman (1998).

[15] José Silveira, diretor do Instituto Brasileiro de Investigação em Tuberculose, confirma em depoimento à autora para o Projeto Memória da Tuberculose: "Só era especialista em tuberculose quem tinha sido tuberculoso, como era o caso, por exemplo, do professor Paula Souza, que não nega isso, do professor Aloysio de Paula e vários outros que foram tuberculosos." (Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, fita 2, lado B, 1990).

[16] Depoimento de Aldo Villas-Boas à autora, *Memória da Tuberculose* (Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, fita 1, lado B, 1991).

[17] *Boletim Abia*, nº 11, jun. 1990, p. 2.

[18] *Boletim Abia*, nº 11, jun. 1990, p. 2.

5

As Imagens do Mal

A Face Estampada da Doença

A doença, para além de uma entidade patológica, é um fenômeno social cujos 'diferentes' significados são construídos por sociedades 'diferentes'. Os indivíduos que compõem tais sociedades partilham dessa construção cotidianamente.[1] E, em relação à tuberculose e à Aids, certamente, os doentes partilham o estigma sombrio, socialmente construído, para ambas as doenças.

Discutindo a metaforização da tuberculose no século XIX, Susan Sontag (1984) mostra que essa doença, tida como misteriosa e incurável, despertava vários tipos de pavor, todos, na verdade, referentes a temas e problemas sociais que, em última instância, pouco ou nada tinham a ver propriamente com o universo da medicina. Já a Aids, ao surgir no cenário público no início da década de 1980, deixou perplexos os meios científico e social por seu aspecto misterioso, incompreensível e inexplicável para o conhecimento vigente. Herzlich (1992) mostra que a disseminação da doença foi acompanhada por reportagens na imprensa que, se por um lado divulgava os esforços da comunidade científica para saber mais sobre a doença, por outro reforçava no imaginário coletivo a concepção da Aids como efeito necessário de condutas reprováveis pela moralidade dominante.

Tanto a tuberculose quanto a Aids trazem à tona temas culturais fundamentais, como o da singularização do sujeito. Sontag (1984: 41), ao discutir a metaforização da doença, reflete sobre o processo de singularização do sujeito nos seguintes termos:

> A idéia que se fazia do corpo, influenciada pela tuberculose, era um novo modelo de aparência aristocrática, num momento em que a aristocracia deixa de ser condição de poder e começa a constituir principalmente um problema de imagem (...). É com a tuberculose que a idéia de doença individual foi articulada, paralelamente com a idéia de que as pessoas se tornam mais conscientes na medida em que se confrontam com a morte e, nas imagens recolhidas em torno da doença, pode-se ver emergindo uma idéia moderna de individualidade que, no século XX, tomou uma forma mais agressiva, senão menos narcisista.

'Tuberculosos' e 'aidéticos'[2] experienciam o poder da estigmatização social por trazerem estampados em seus corpos as marcas de um modo de vida dedicado ao culto de uma paixão desmedida. Quer se trate de uma Marguerite Goutier[3] ou de um anônimo parceiro da noite, o que está em questão é o desejo exacerbado, o impulso de uma paixão auto-referenciada, não legitimada pelas instâncias sociais dominantes.

Nessa medida, onde habita a vontade do encontro com o outro nas formas interditas do gozo, aí, justamente aí, o imaginário social identificará o lugar de todo perigo, a célula da desagregação. 'Tuberculosos' e 'aidéticos' realizam, portanto, num primeiro momento, o triunfo da vontade de autopreservação, já que aparecem como expressões singulares de uma trajetória assimptótica em relação aos padrões e valores consagrados como ideais socialmente aceitos. A singularização dá-se, desse modo, primeiramente, no nível do imaginário social como processo de identificação do 'inimigo comum' da sociedade como um todo, reforçando padrões, regras e conceitos de conduta e de avaliação moral do outro.

Para Sontag (1984: 76),

> qualquer moléstia importante cuja causa é obscura e cujo tratamento é ineficaz tende a ser sobrecarregada de significação. Os objetos do medo mais profundo (corrupção, decadência, poluição, anemia, fraqueza) são identificados com a doença.

Sontag assinala ainda que, no caso da Aids, no seu início, a constatação da síndrome equivale a descobrir que se faz parte de um determinado 'grupo de risco'. A doença, ao revelar uma condição estigmatizante, confirmaria ao mesmo tempo uma identidade. Assim, os primeiros casos de Aids entre os homossexuais masculinos revelariam a condição socialmente estigmatizada, mas, por outro lado, acabaria por gerar movimentos associativos que, ao irem de encontro ao estigma, teriam por objetivo afirmar uma identidade pela proteção mútua contra o isolamento e a exposição dos doentes a discri-

minações e perseguições. A Aids parece ter o poder de alimentar fantasias ao fazer emergir vulnerabilidades tanto individuais quanto sociais: "O vírus invade o organismo e o medo da doença invade toda a sociedade" (Sontag, 1989: 78).

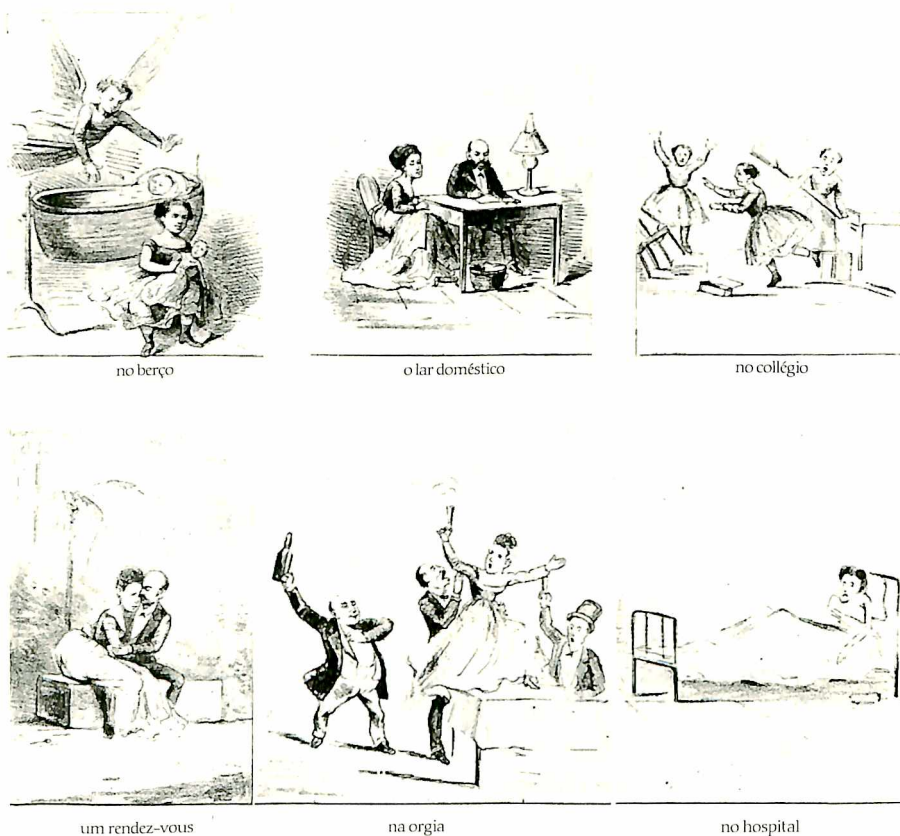
Mas 'uns' conseguem se defender enquanto pensam ser a Aids a doença do 'outro'. Podemos assim assistir a uma trajetória da doença em que cada trecho do percurso é descrito *a posteriori*. Apesar da grande produção científica sobre a Aids, há de se observar que, por ser o saber científico uma produção social e, portanto, historicamente construído, a ciência esteve, como não poderia deixar de ser, impregnada de concepções morais no seu processo de construção de um modelo adequado da evolução do vírus.[4] Em conseqüência disso, os esforços para uma eficaz apreensão da problemática do HIV ficaram muito aquém da velocidade de disseminação da doença, mostrando-se esta mais rápida que o raciocínio clínico e epidemiológico, como também capaz de romper as barreiras do preconceito. Não só o crescimento da Aids foi exponencial, como ultrapassou os limites dos grupos de risco anteriormente demarcados, acometendo homens heterossexuais e um número cada vez maior de mulheres.[5]

Quanto à tuberculose, segundo Herzlich & Pierret (1984), as estatísticas médicas na Europa do final do século XIX levaram a uma reconstrução da imagem da tuberculose como 'doença operária', um flagelo social. A imagem da doença como mal romântico que celebrava os tísicos pela sua sensibilidade, fragilidade e paixão, tratando-os como pessoas especiais, doentes da alma que viviam uma vida à parte no luxo dos sanatórios, foi dando lugar à compreensão da tuberculose como flagelo social típico das classes trabalhadoras.

A produção iconográfica que tematiza a tuberculose constitui-se dos mais diversos materiais e técnicas. Inclui litografias de costumes, pinturas, charges, cartazes de campanha de prevenção da doença, folhetos, almanaques e vasto material fotográfico, como instrumento na observação clínica ou como registro jornalístico do cotidiano. Selecionamos alguns exemplos iconográficos, pelos quais pretendemos perceber os conteúdos vinculados à representação da tuberculose no período analisado. Elegemos imagens com suportes diversificados que, se diferem no *locus* de produção, objetivam igualmente atingir um público amplo.[6]

A primeira dessas imagens, *História de uma Cocote* (Figura 1), desenhada por Vale e publicada no jornal carioca *O Tupy*, em agosto de 1872, é uma

representação alegórica da tuberculose. *O Tupy* foi um semanário 'literário, instrutivo e recreativo' que circulou durante o ano de 1872, sempre aos sábados. O editorial de lançamento, publicado no número 1, de 22 de junho de 1872, afirma que: "interessado, mesmo vivamente interessado pelos progressos reaes deste solo abençoado, intrometter-se-há em tudo quanto lhe diga respeito, e tocará em tudo quanto lhe possa ser útil e agradável...".[7]

Figura 1 – História de uma Cocote

Fonte: *O Tupy*, Rio de Janeiro, ago., 1872.

O periódico era composto de artigos e charges de cunho político e social, não havendo anúncios em suas páginas. Era vendido a preços populares. A *História de uma Cocote* foi publicada em um sábado, 3 de agosto de 1872, no número 7 do jornal, com as seguintes legendas:

No Berço: - Rebentão as flores e volvem para os céos os cálices perfumados.

N'esta quadra as creanças são como as rozas: trazem o explendor dos primeiros raios da manhã.

Na Família: - Vicejão as arvores, chilreão os passarinhos e o lar doméstico é aquelle conchego doce que semelha um dia de primavera.

No Colégio: - A serpente da sciencia levanta o olho: a instrucção traz no mesmo copo vaidade e orgulho, presunção e caprichos tôlos e frívolos.

Um espelho e um vestido vale tanto como um livro didactico.

A Entrevista: - Vai alta a lua, sussurrão brizas nas franças das árvores, um calafrio corre pelo corpo de dous jovens. Tudo é bello ao derredor. Chega-lhes abafado o rumor da cidade.

Beijão-se, abração-se e entregão-se aos doces prazeres, a que assiste a deoza Venus.

Na orgia: - Reina o Deus Bacho.

A luxúria accende as pyras e o amor sensual desperta desejos infrenes.

O vinho espuma nos cálices e a luz dos candelabros reflecte as cores brilhantes dos licores em ebulição.

No hospital: - O céo é negro: o anjo da guarda que velou o berço da creança bateu azas (...)

Satanaz reclama a sua preza e o mundo ri-se de sua victima.

A narrativa acompanha a trajetória de uma "dama das camélias tupiniquim".[8] Após uma infância dentro dos padrões morais vigentes, abençoada por anjos, de um lar aconchegante e freqüência à escola, a jovem libertina desperdiça a saúde e a vida entre namoros e orgias, terminando em um leito de hospital. A seu lado, uma escarradeira testemunha a presença da tísica, castigo para uma vida degenerada. Trata-se de uma história edificante que expressa a concepção da tuberculose à época: a doença estaria relacionada a um tipo de comportamento socialmente reprovável, sendo, portanto, de inteira responsabilidade individual.

No início do século XX, já sendo vista como um fenômeno social, a tuberculose começa a ser discutida como objeto de responsabilidade do Estado. Essa nova visão não escapa ao humor das charges da época, que ironizam a omissão do Estado em relação à doença. Duas dessas charges, publicadas na revista *O Malho*, no ano de 1908, expressam a expectativa de uma intervenção do Estado, na figura de Oswaldo Cruz, diretor geral de Saúde Pública, no sentido de alterar o quadro de morbimortalidade da tuberculose. A revista *O Malho - semanário de humor artístico e literário* começou a circular em setembro de 1902.[9] Com escritório no centro do Rio de Janeiro, a revista era dirigida por Oswaldo de Souza e Silva e Antônio A. de Souza e Silva e, por seu conteúdo e anúncios, destinava-se às camadas médias urbanas. Trazia em suas páginas crônicas da cidade, com assuntos do cotidiano, pautas musicais, muitas charges, artigos e poesias.

As duas charges selecionadas fazem alusão ao êxito de Oswaldo Cruz no controle da febre amarela no Rio de Janeiro e ao seu estrondoso sucesso na Europa, quando de sua apresentação no XIV Congresso Internacional de Higiene e Demografia, realizado em Berlim, em setembro de 1907. O Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos, do qual Oswaldo Cruz também era diretor, ganhou o maior prêmio do evento, a medalha de ouro, por suas contribuições científicas.[10]

A primeira charge (Figura 2) mostra Oswaldo Cruz vindo de Berlim correndo, vestido com o que se assemelha ao uniforme da guarda sanitária da DGSP. Pendurado em seu peito, vê-se uma medalha de grandes proporções, representando o prêmio recebido na Europa. Empunha na mão direita uma espada com a inscrição 'prophilaxia', cujo alvo é uma figura humana definhada, em frangalhos, empunhando uma flâmula com a palavra 'tuberculose'. O texto da charge denomina *Chanfalho* a espada de Oswaldo Cruz, ou seja, uma espada velha, enferrujada, indicando que já 'não é sem tempo' a necessidade do combate à tuberculose.

Figura 2 – O Malho

Fonte: *O Malho*, nº 278, ano 7, 11/1/1908.

A segunda charge (Figura 3), com o título *No Caes Pharoux: o messias dos tísicos*, faz alusão à chegada apoteótica de Oswaldo Cruz, visto como 'salvador sanitário do nome do Brasil'. A figura de Oswaldo Cruz, paramentada como quem chega de uma viagem à Europa, irradia luz como a representação da figura do 'Salvador' bíblico. À sua espera no cais, em vez das autoridades políticas do país, como pediria a ocasião, encontra-se uma comitiva de tísicos, homens vestidos a caráter, porém rotos e esquálidos. O texto da charge registra o discurso do representante dos tuberculosos, cuja reivindicação é que Oswaldo Cruz os transforme em 'Chicos Redondos'. Sua fala é entrecortada por tosse, sinal clínico característico da tuberculose. Oswaldo Cruz responde estar disposto a realizar essa tarefa, mas lamenta que sua 'prophilaxia não se estenda às algibeiras do povo', para que seu plano contra a tuberculose possa ter êxito, fazendo, dessa forma, alusão à situação de penúria em que vivia o povo, condição facilitadora para o acometimento da tuberculose.

Figura 3 – *No Caes Pharoux*: o messias dos tísicos

Fonte: *O Malho*, nº 284, ano 7, 15/2/1908.

Nas duas primeiras décadas do século XX, a única instituição que se ocupou da tuberculose no Rio de Janeiro foi a LBCT.[11] Ao seriarmos as fontes imagéticas a ela relacionadas, deparamo-nos com uma fotografia de 1902 que denuncia a propagação da tuberculose por meio de uma ferramenta de trabalho. A foto difere da série encontrada nos arquivos da instituição porque, na sua grande maioria, as fotos institucionais retratam os seus grandes homens e os seus grandes feitos. A imagem representa o discurso hegemônico da Liga sobre a tuberculose como doença social. Sem dúvida, a Liga também abrigava o discurso de reafirmação da culpabilidade do doente: doença operária, sim, mas principalmente daqueles operários que "perdiam noites de sono em horas-extras ou em orgias com colegas".[12]

Em 1908, Antonino Ferrari, médico do dispensário da Liga, ao observar em sua prática clínica o esgotamento físico apresentado por operários de várias fábricas de fiação, voltou sua atenção para o estudo das causas da tuberculose entre os operários, convencido de que a habitação insalubre

não explicava por si só o grave quadro de esgotamento desses trabalhadores. Suas visitas às fábricas resultaram em um relatório extenso e detalhado sobre as condições de trabalho nas fábricas de fiação e, com surpresa, verificou que em muitas delas ainda se utilizava, no processo de trabalho, de uma ferramenta já condenada pela Liga em vários de seus pronunciamentos, por contribuir enormemente para a propagação da tuberculose – a lançadeira de chupar (Figura 4).[13]

Figura 4 – Lançadeira de chupar usada na Fábrica de Tecidos Bangu

Fonte: Acervo COC/Fiocruz, 1902.

A lançadeira de chupar é uma ferramenta de tear que contém um cilindro por onde passa o fio. Nessa época, chamava-se lançadeira de chupar porque era assim que se acionava o seu movimento. Calculava-se que cada operário dava de 550 a 650 'chupões' durante as dez horas de jornada de trabalho. Cada operário manejava oito lançadeiras e estas mesmas eram

usadas por outro, em caso de substituição no trabalho. Além do desgaste pela natureza da operação, o trabalhador acabava tendo de aspirar poeira de algodão. A foto mostra dois operários manipulando a lançadeira de chupar e ilustra a publicação da conferência realizada em 24 de agosto de 1902, no salão da Sociedade Progresso Muzical do Bangú, pelo Dr. Domingos Marques de Oliveira, a pedido da Liga (Oliveira, 1902).

Quando a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose foi criada, em 1920,[14] investiu-se na propaganda de prevenção da doença. A série de cartazes da inspetoria, confeccionados e distribuídos nessa década, exprime as mudanças na área do conhecimento científico sobre a doença, bem como a estratégia adotada pelo Estado na luta contra ela.

Note-se de passagem que em todos os cartazes da inspetoria aparece a famosa cruz de Lorena, antigo símbolo dos Cruzados, utilizado agora como emblema da cruzada internacional contra a tuberculose. O uso da cruz de Lorena, como símbolo da tuberculose, foi sugerido pela primeira vez por Gilbert Sersiron, secretário-geral da Federação das Associações Francesas contra a Tuberculose, no IV Congresso Internacional de Tuberculose, em Berlim, no ano de 1902. No Congresso Internacional de Roma de 1928, o conselho da União Internacional contra a Tuberculose (UICT) recomendou sua adoção como símbolo mundial da luta contra a moléstia.

O primeiro cartaz produzido pela inspetoria na luta contra a tuberculose (Figura 5) traz uma mensagem iconográfica que sugere a permanência da concepção romântica da doença. No seu centro vê-se a imagem de uma mulher seminua, em vestes diáfanas e esvoaçantes, apagando uma figura negra, a da morte, estampada no mapa do Brasil. Pode-se interpretar essa imagem como a representação de Vênus, a deusa do amor, da libido, portanto, da vida, vencendo a luta contra Tânatos, o deus da morte, e textualmente convocando a todos para que: *"Luctemos contra a Tuberculose"* e *"Apaguemos do Brasil essa Mancha de Morte"*.

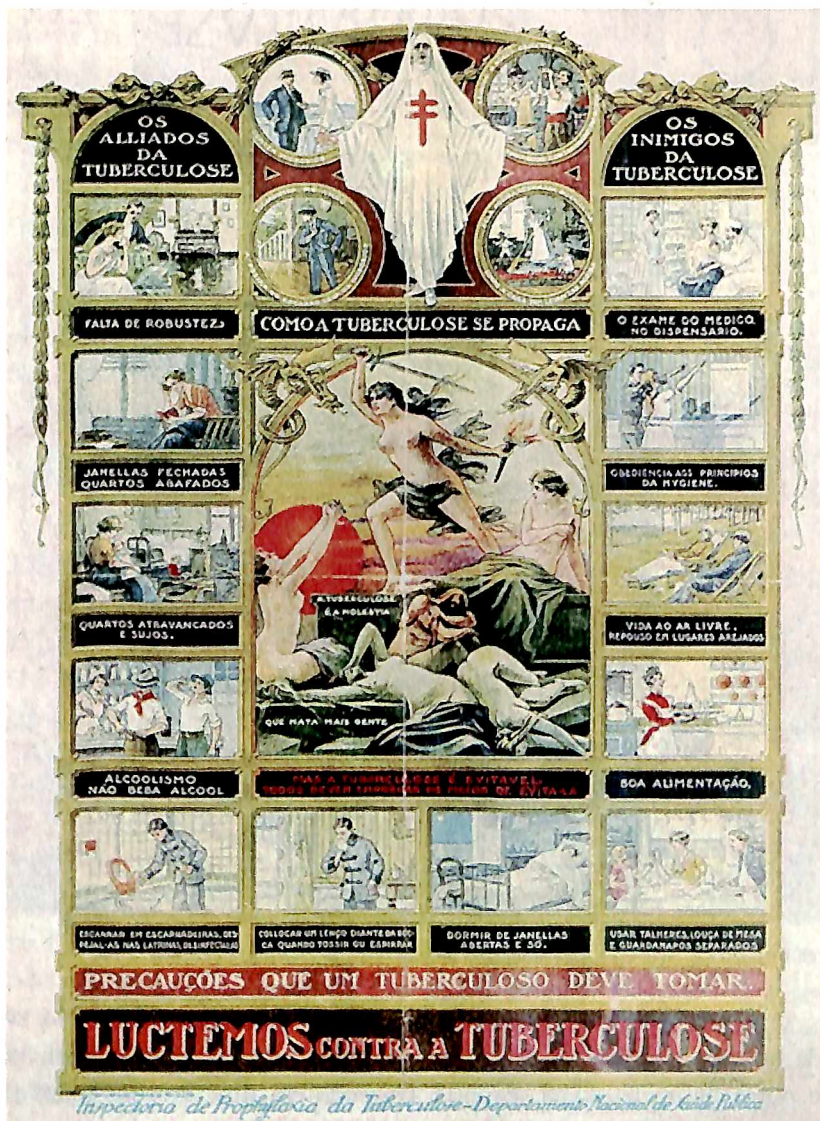
O cartaz, portanto, faz um chamamento à luta contra a tuberculose, dizendo que a doença mais grave e que mais mata gente no Rio de Janeiro é 'seguramente evitável'. E o caminho indicado para vencê-la é "Aprendendo, ensinando, ajudando a evitá-la." Como? "Dirigindo-se à Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose ou aos seus dispensários." O texto do cartaz expressa a política vigente, pois os dispensários, na concepção de Plácido Barbosa, diretor da inspetoria à época, teriam por função "encontrar o tuberculoso, atraí-lo, educá-lo e instruí-lo na higiene antituberculosa" (Barbosa, 1917: 5).

Figura 5 – Cartaz da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose

Fonte: Brasil/IPT, Acervo COC/Fiocruz, 1922.

O segundo cartaz (Figura 6) traz no alto uma figura feminina vestida de branco com a cruz de Lorena no peito. Na sua área central, vê-se uma outra figura feminina seminua, trazendo em uma de suas mãos uma tocha e na outra uma espada. Por sua posição de destaque no cartaz, e por estar rodeada de criaturas visivelmente adoentadas, com uma delas em

clara posição de súplica, esta figura feminina, iluminada ao fundo por imenso e reverberante sol, porta simultaneamente o fogo do conhecimento, simbolizado pela tocha em uma de suas mãos, e o poder de vencer o mal representado pela espada na outra.

Figura 6 – Cartaz da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose

Fonte: Brasil/IPT, Acervo COC/Fiocruz, década de 1920.

Vê-se claramente nesta figura a simbolização da razão científica em luta aberta contra o obscurantismo de hábitos sociais fomentadores da tuberculose. Como que a referendar a importância e a potência do saber racional na luta contra a doença, representado pela figura feminina, evocadora dos ideais iluministas tão caros ao pensamento científico da época, o cartaz apresenta, ladeando o seu centro, imagens de práticas cotidianas denominadas 'Os aliados da tuberculose' e 'Os inimigos da tuberculose'. Finalmente, como que sustentando toda esta epopéia da luz da razão e da ciência contra este mal obscurantista, a invocação guerreira: 'Luctemos contra a tuberculose'.

O terceiro cartaz é radicalmente diferente dos anteriores. Traz ainda o símbolo oficial da luta contra a tuberculose, mas privilegia o texto escrito, no qual lê-se com destaque o tema do contágio pelo bacilo carreado pelo escarro. O motivo principal e praticamente o único desse cartaz, portanto, é o escarro, contra o qual se configura agora a luta contra a tuberculose.

Figura 7 – Cartaz da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose

Fonte: Brasil/IPT, Acervo COC/Fiocruz, década de 1920.

O discurso contagionista expresso neste cartaz sugere o fortalecimento do ponto de vista de Plácido Barbosa, diretor da inspetoria, que sempre defendeu como eixo central da luta contra a tuberculose o combate ao bacilo. Assim, no embate entre anticontagionistas e contagionistas parece prevalecer a posição destes últimos (Nascimento, 1992: 100).

É interessante observar, ainda, na luta contra a tuberculose, a propaganda dos produtos recomendados como adjuvantes na sua cura (Figura 8). O leite condensado *Moça*, por exemplo, era recomendado pelo próprio diretor da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, Plácido Barbosa. Já os produtores do *Ovomaltine*, além de apresentarem o seu produto como recomendado "para pessoas debilitadas, cansadas, convalescentes", proclamavam seu uso nos sanatórios de Leysin e Davos, na Suíça. Ambos eram indicados contra a debilidade física causada pela tuberculose, revelando a ausência de uma terapêutica específica para a doença. Esses produtos eram divulgados principalmente nos almanaques da Liga, que tinham uma tiragem de 50 mil exemplares e distribuição gratuita. Destinados à população em geral, com informações variadas sobre higiene pessoal e coletiva, alimentação e vida em sociedade, esses almanaques traziam informações sobre os diversos serviços prestados pela Liga, principalmente o de assistência nos dispensários, onde distribuíam-se, também, alimentos e remédios.

Figura 8 – Produtos recomendados como adjuvantes no tratamento da tuberculose nas primeiras décadas do século XX

Fonte: *Arquivos de Higiene*, nº 2, ano 4, 1930.

As fotografias de jornais e revistas trazem, pela primeira vez, imagens dos representantes da saúde – médicos, enfermeiras e visitadoras – em sua atuação profissional. São novos personagens que, na segunda metade da década de 1920, passam a compor as representações iconográficas da tuberculose, à medida que o serviço público de saúde amplia sua atuação no que se refere a essa doença. Em seu 'compromisso com o real'[15] o fotojornalismo divulga a ação do governo no combate à doença, por meio da prática profissional, seja do médico no consultório (Figura 9), seja da 'visitadora' no domicílio do doente (Figuras 10 e 11). Essas imagens da atuação da Inspetoria (Figura 12) reafirmam uma forte vinculação da tuberculose com as camadas mais pobres da população, vinculação já sinalizada nas charges apresentadas anteriormente.

Figura 9 – Consultório de Mulheres

Fonte: *Arquivos de Higiene*, nº 2, ano 4, 1930.

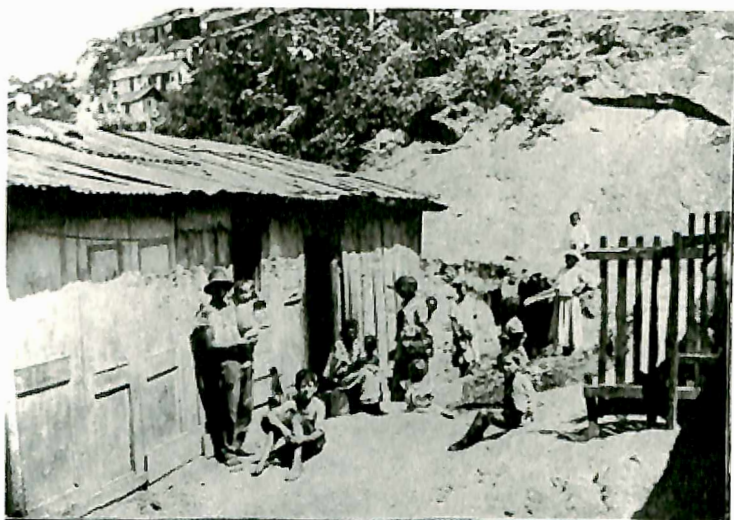
Figura 10 – Visitadora da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose em função na favela

Fonte: *Arquivos de Higiene*, nº 2, ano 4, 1930.

Figura 11 – Visitadora da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose em função no domicílio de um doente

Fonte: *Arquivos de Higiene*, nº 2, ano 4, 1930.

Figura 12 – Sala de espera do Dispensário Central da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose

Fonte: *Arquivos de Higiene*, nº 2, ano 4, 1930.

Parece-nos, assim, que a iconografia referente à tuberculose, marcada por representações múltiplas, toma uma única direção: a da tuberculose como questão social, um problema de saúde pública, vinculado de forma cada vez mais clara às camadas mais pobres da sociedade.

A evolução dos modos de percepção da Aids pode ser observada a partir de um universo audiovisual que parece inesgotável, seja na forma impressa, como cartazes, folhetos, manuais, cartilhas, adesivos e panfletos, seja na forma oral como programas de rádio ou filmetes para a televisão. De todo modo, diferentes meios de comunicação têm sido usados para abordá-la.

Selecionou-se aqui um material iconográfico institucional, constituído de cartazes e cartilhas, que pretende ter um caráter informativo e educativo. A organização cronológica do material iconográfico mostra que, ao longo do tempo, as campanhas de prevenção da doença estiveram dirigidas a sucessivos segmentos específicos da sociedade, ao mesmo tempo em que explicita as transformações na percepção social da doença.

Como esclarecem Rabaça & Barbosa (apud Hildebrand, 1995: 29), campanha é todo

> conjunto de peças publicitárias, criadas, produzidas e veiculadas de maneira coordenada, de acordo com determinados objetivos (...). A escolha e a variedade de recursos a serem utilizados em uma campanha variam de acordo com o tempo previsto, a verba disponível, a estratégia do cliente e o público que se deseja atingir. (...) sua criação baseia-se geralmente num mesmo tema ou idéia (unidade conceitual e temática), e sua veiculação obedece uma programação criteriosa de mídia.

Inicialmente, as campanhas governamentais sobre a Aids eram agressivas, pouco esclarecedoras sobre a doença e contribuíam para uma atitude discriminatória em relação ao doente. A primeira campanha nacional, lançada em 1987, teve o lema 'Aids, você precisa saber evitar'. Em suas peças publicitárias, utilizava frases de impacto como: 'A Aids mata!' ou 'Quem vê cara não vê Aids'.[16] Se nos lembrarmos das matérias jornalísticas que veiculavam a perplexidade do meio científico, associando os homossexuais masculinos à doença grave e ainda desconhecida no meio médico,[17] percebemos que essas mensagens reforçavam a estigmatização do homossexual que, dessa forma, corporificava o perigo, a ameaça de morte.

Mas a essa época, segunda metade da década de 1980, tornaram-se públicas a alta incidência da infecção pelo vírus HIV entre hemofílicos e a contaminação do sangue nos centros hemoterápicos. O resultado dessa publicidade foi desastroso, pois "o infundado temor de pegar Aids provocou uma queda de até 50% nas doações de sangue",[18] vitais para os hemofílicos. E foi o próprio presidente da Associação dos Hemofílicos do Rio, que reúne 786 membros, quem declarou que "a redução das doações, que já caíram 30% no Rio, é mais grave do que a Aids".[19]

Nesse momento, mantendo o selo 'Aids, você precisa evitar', a campanha de prevenção promovida pelo governo brasileiro introduziu em seus cartazes a questão do sangue – 'Doar sangue é um ato de amor' – e da solidariedade ao doente – 'Amor não mata'.

Dentre os cartazes produzidos para a campanha de doação de sangue, um deles traz a imagem de uma bolsa de sangue em forma de coração, pendurada em um suporte de soro, com o sangue descendo pelo tubo, sugerindo que a outra ponta esteja ligada a um paciente em uma transfusão de sangue (Figura 13). Sobre a imagem da bolsa aparece em letras de grandes dimensões a frase 'Doar sangue é um ato de amor' e embaixo: 'Doe sangue. Doar sangue não dá Aids'. Quase no centro do cartaz, sobre a bolsa, está o selo: 'Aids, você precisa evitar'. O cartaz é assinado pelos ministérios da saúde e da previdência e assistência social.

Figura 13 – Cartaz de campanha dos ministérios da saúde e da previdência social relativos à Aids transfusional

Fonte: Brasil/MPAS, 1980.

Um outro cartaz (Figura 14) traz a frase 'Amor não mata' como elemento mais visível, ocupando metade da sua área. No centro, vê-se a imagem de uma pessoa deitada no leito, com outra à sua cabeceira, sugerindo a solidariedade ao doente de Aids. Estampa também o selo 'Aids, você precisa evitar' no canto inferior esquerdo. É também assinado pelos ministérios da saúde e da previdência e assistência social.

Sem dúvida essas campanhas tiveram o intuito de resgatar os doadores de sangue que, ao se afastarem com medo da contaminação por HIV, produziram uma drástica redução do estoque dos bancos de sangue. Outras peças publicitárias foram difundidas na época, todas reafirmando que doar sangue é um ato de amor, um ato de solidariedade.

Figura 14 – Cartaz de campanha dos ministérios da saúde e da previdência social relativos à Aids transfusional

Fonte: Brasil/MPAS, 1980.

O caminho da solidariedade esboçado na campanha para doação de sangue foi interrompido, no governo Collor, com uma nova campanha governamental, lançada em 1991, cujo tema era 'Se você não se cuidar, a Aids vai te pegar'. Essa campanha incluía materiais visuais e anúncios veiculados pela televisão e pelo rádio, todos com apelo ao medo – medo da Aids, medo do doente de Aids. Um dos anúncios veiculados pela televisão nessa campanha usava a frase apelativa 'Eu tenho Aids, eu não tenho cura', reforçando o caráter não curável e mortal da Aids, portanto, ameaçador.[20]

Mas as ONGs/Aids, que trabalhavam também no sentido de desconstruir as representações estigmatizantes e discriminatórias produzidas em torno da Aids, não poderiam deixar de se contrapor a essa campanha. Nesse sentido, com um poder de difusão infinitamente menor do que o de uma campanha promovida pelo governo federal, produziram e divulgaram, em 1991, um cartaz que introduziu a camisinha como prevenção (Figura 15). Usando um detalhe da *Criação do Mundo*, de Michelangelo, incorporou-se uma camisinha nas pontas dos dedos do Criador, como se este a estivesse oferecendo às criaturas. A parte textual do cartaz diz simplesmente: 'Cuide-se, take care, fais gaffe', sugerindo que você pode se cuidar e se prevenir da Aids usando camisinha.

Deve-se observar que este cartaz só poderia ter sido produzido por uma ONG, pois a utilização de um detalhe da Capela Sistina, justamente o do Criador transmitindo a Adão a vida na ponta do dedo, certamente implicaria indesejáveis conflitos por motivos morais entre o Estado e a Igreja Católica. Entretanto, a utilização do fragmento de Michelangelo, com o objetivo de incentivar o uso da camisinha nas relações sexuais, representa, sem dúvida, um enorme avanço na concepção de prevenção da doença, rompendo com preconceitos presentes na própria visão do governo federal sobre a Aids, na época, e chocando-se com a posição oficial da Igreja Católica tanto de combate à liberação sexual quanto de aceitação da própria homossexualidade.

Figura 15 – Detalhe de *A Criação do Mundo*, de Michelangelo Buonarroti

Fonte: Abia & Grupo pela Vidda, 1991.

A direção política do ministério da saúde era decisiva para a orientação das campanhas governamentais. Dessa forma, com a troca de ministros no início de 1992, e, a seguir, com a captação de vultosos recursos oriundos do convênio com o Banco Mundial, atuou-se massivamente na produção de material de informação, educação e comunicação. Mas não foi só isso. O caráter da campanha deixou, aos poucos, de ser genérico e pretendeu atingir públicos específicos, informado pela análise do comportamento da incidência da doença. Com a crescente mobilização de ONGs, apoiadas inclusive financeiramente pelo ministério da saúde, e de outras iniciativas particulares, observou-se uma mudança de atitude no trato da questão da Aids.

No tocante ao uso compartilhado de drogas injetáveis, os cartazes que discutiam a questão traziam imagens fortes, impactantes, que imediatamente colocavam o público na cena. Um desses cartazes mostra (Figura 16), à esquerda, uma foto em preto e branco de um homem aplicando na própria veia o que se supõe seja uma droga injetável, em vista dos apetrechos que se encontram ao lado: um copo com água, uma colher e pó branco. À direita, uma foto também em preto e branco, mostra um outro homem segurando um preservativo.

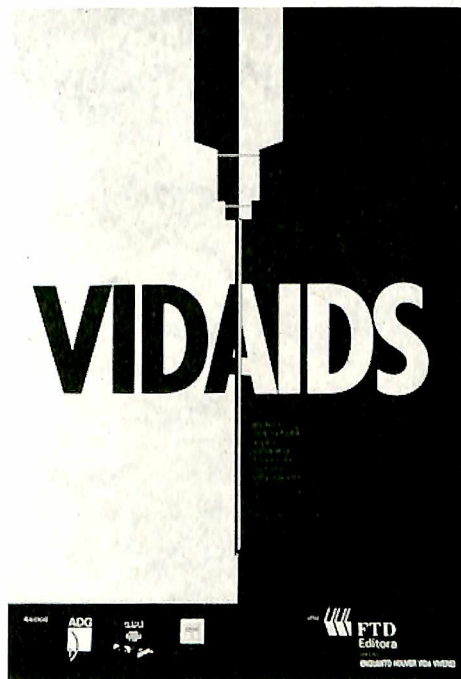
Figura 16 – Cartaz divulgado pelo ministério da saúde sobre drogas injetáveis e Aids

Fonte: Brasil/MS, 1992.

O texto, em letras grandes e vermelhas, diz: 'Não transe com quem injeta drogas se não estiver usando camisinha'. Apesar de o texto começar com uma negação, seu apelo não é negativo; ao contrário, afirma ser im-

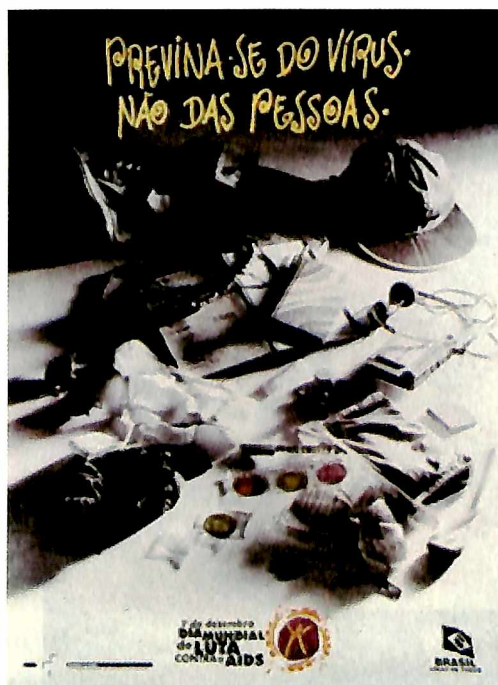
prescindível o uso da camisinha, caso você decida transar com quem usa drogas injetáveis. Além da questão da droga, o cartaz trata do tema do homem que faz sexo com outro homem, pois apresenta duas figuras masculinas. Esse cartaz não tem assinatura, mas foi afixado em vários lugares públicos e se encontra no acervo do PNDST/Aids.

Um outro cartaz, que tematiza as drogas injetáveis (Figura 17), mostra uma seringa com agulha na posição vertical separando exatamente ao meio a letra "A", que tanto serve para compor a palavra 'VIDA', à esquerda sobre fundo branco, quanto para compor a palavra 'AIDS', à direita sobre fundo negro. Esse cartaz trabalha com a ambigüidade da seringa e da agulha, que podem servir tanto para a vida, no caso das pessoas que as usam com fins medicamentosos, quanto para a morte, como é o caso dos usuários de drogas injetáveis. Diz o texto: 'A linha que separa a vida da morte é tão fina quanto uma agulha'. Esse cartaz, ao contrário do outro, traz uma mensagem de prevenção às drogas injetáveis, ao mesmo tempo em que à Aids.

Figura 17 – Cartaz feito para o concurso 'Aids e adolescência', abordando a questão da droga injetável

Fonte: Editora FTD/MS, 1992.

A partir de 1993, observa-se uma grande preocupação do PNDST/ Aids com os jovens e adolescentes, também incluídos no público-alvo da campanha contra as drogas injetáveis. Fundamentalmente, a campanha oficial defende o uso da camisinha desde o início das atividades sexuais. Os cartazes produzidos nesta época são muito coloridos e apresentam jovens saudáveis que se orgulham de ser bem informados e de não dispensar o uso da camisinha. As mensagens têm um apelo positivo no sentido da prevenção contra o vírus e não contra as pessoas, como no cartaz do Dia Mundial de Luta contra a Aids de 1993. Novamente em 1994, a campanha repetiu o mesmo apelo: 'Você precisa aprender a transar com a existência da Aids'.

Os cartazes dessa época, voltados exclusivamente para o público jovem, mostram que a camisinha passou a ser definitivamente o elemento principal de prevenção à transmissão do vírus da Aids. Em um deles (Figura 18), dentre objetos típicos de um adolescente encontram-se também envelopes de camisinhas.

Figura 18 – Adolescente é alvo do cartaz comemorativo do Dia Mundial de Luta contra a Aids

Fonte: Brasil/MS, 1994.

Em outro cartaz aparece a foto de um rapaz forte, tatuado, de cabelos longos, cuja imagem representa os jovens 'geração saúde' (Figura 19).[21] Seu texto traz como mensagem a naturalidade do prazer sexual e da homossexualidade, reforçando a proposta de sexo seguro pelo uso de camisinha nas relações sexuais, seja com homem, seja com mulher. Um terceiro cartaz (Figura 20) mostra um casal de adolescentes sorridentes e também sinaliza para o uso da camisinha, sugerindo que 'aprender a transar com a existência da Aids' significa usar camisinha ou dizer não. Quanto às seringas, 'só individuais'.

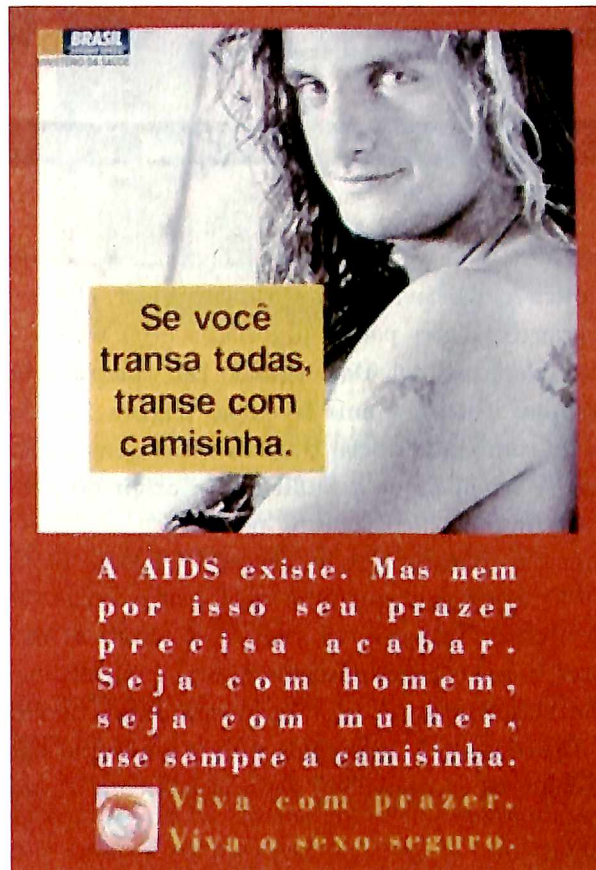
Figura 19 – Campanha de prevenção do ministério da saúde para o adolescente

Fonte: Brasil/MS, 1994.

Figura 20 – Campanha de prevenção do ministério da saúde voltada para o adolescente

Fonte: Brasil/MS, 1994.

A partir de 1995, as mulheres passavam a ser o público-alvo das campanhas oficiais. Buscava-se, em primeiro lugar, elevar sua auto-estima e assim criar condições para a negociação ou a recusa, quando necessário, de uma relação sexual. Daí, segundo Lair Guerra, o conceito principal da campanha: 'Quem se ama se cuida' (Figura 21). As várias peças publicitárias da campanha oficial traziam mensagens indicando que, por se cuidar, por se amar, é que a mulher deve exigir do parceiro o uso da camisinha e permitir-se carregar uma na bolsa.

As primeiras estatísticas de incidência da Aids no Brasil, no início da década de 1980, revelavam que para cada cem homens infectados havia apenas uma mulher. Passados 14 anos, as estatísticas mostravam que, para cada três homens contaminados existia uma mulher e, dentre as mulheres, um alto número de casadas. A essa altura também estava bem consolidada a parceria das ONGs/Aids com o ministério da saúde, para a produção de material educativo em consonância com a campanha oficial.

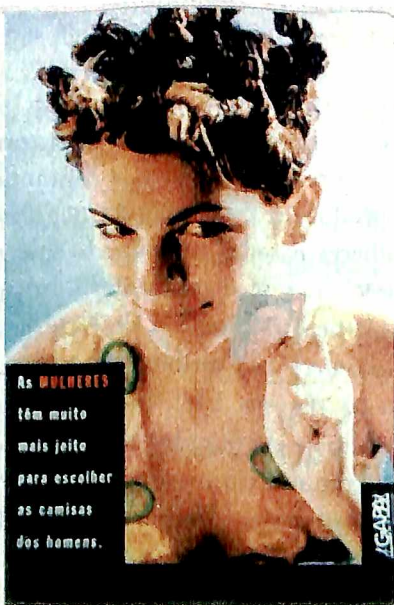
Figura 21 – Cartaz de campanha oficial contra a Aids voltada, em especial, às mulheres

Fonte: Brasil/MS, 1995.

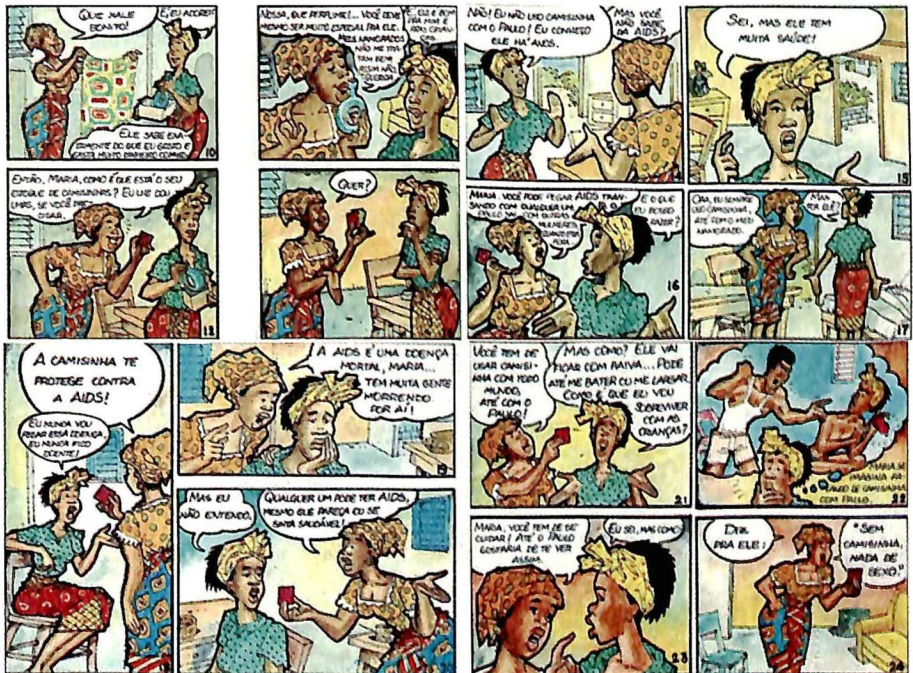
Dessa forma, para efeito de amostragem, além do cartaz oficial da campanha ministerial, examinamos dois cartazes produzidos por ONGs, nos quais é visível a preocupação com a contaminação crescente das mulheres. Um deles, produzido pela Cepia-RJ (Figura 22), aborda a incidência da Aids entre mulheres casadas, afirmando que a aliança não é garantia contra a transmissão, mas só a camisinha (que antes de desenrolada assemelha-se a uma aliança). Visando a desestigmatizar a doença, o cartaz lembra que 'Aids acontece nas melhores famílias'. Um outro cartaz, produzido pelo Gapa-RS (Figura 23), traz uma mulher jovem com vários envólucros de camisinha pendurados ao pescoço e mostrando um único envólucro na mão, como se ela mesma estivesse enunciando a mensagem: 'As mulheres têm muito mais jeito para escolher as camisas dos homens'. Mantém-se, assim, a camisinha como o meio de prevenção da Aids.

Figura 22 – Cartaz de prevenção da Aids dirigido às mulheres casadas

Fonte: Cepia-RJ, 1995.

Figura 23 – Cartaz destinado às mulheres, incentivando o uso da camisinha

Fonte: Gapa-RS, 1995.

Havia uma grande preocupação do PNDST/Aids com as mulheres de baixa renda que, segundo sua avaliação, "são vítimas da pobreza, da falta de informação, de preconceitos, tabus e mitos de toda ordem", o que dificultaria sua capacidade de negociação do uso da camisinha, como mostra um trecho da história em quadrinhos 'Toda vez e sempre' (Figura 24). Na avaliação do ministério da saúde, os parceiros dessas mulheres manteriam outros relacionamentos sexuais, sem proteção, ou fariam uso de drogas injetáveis, sem que essas práticas lhes fossem reveladas. Com isso, essas mulheres, tornadas o segmento mais vulnerável à epidemia, teriam que aprender a dizer não 'toda vez e sempre' que a relação sexual corresse o risco de se fazer sem preservativo.

Figura 24 – Toda vez e sempre

Fonte: Brasil/MS, 1997.

Além dessas campanhas, que pretendiam atingir uma população específica, o governo federal promoveu outras para eventos pontuais, como o carnaval (Figura 25). A cada ano, utilizando *slogans* diferentes, as campanhas oficiais propunham, basicamente, o mesmo expediente contra a

contaminação: o uso do preservativo para uma relação sexual com um(a) eventual ou novo(a) parceiro(a).

As campanhas oficiais caracterizaram-se visivelmente por avanços e retrocessos na transmissão de informações claras e menos impregnadas de preconceitos. Por exemplo, a campanha de 1997, cujo *slogan* foi 'Assim pega, assim não pega', frustrou-se em seu propósito de esclarecimento por ter sido construída a partir de poucas afirmações de valor realmente informativo e por identificar a doença, com toda a sua terrível imagem, ao modo de vida das pessoas.

Já a campanha 'Viva com prazer, viva o sexo seguro' afirmava positivamente a necessidade do uso da camisinha. Note-se que a expressão 'sexo seguro', embora não técnica, surgiu como um valor que se pretendia incorporar ao cotidiano das pessoas, isto é, a prática do sexo responsável pelo uso do preservativo nas relações sexuais. Assim, e desde que as autoridades de saúde pública perceberam que a Aids não era uma doença privativa de determinado grupo de risco, tendo sido fundamental o papel das ONGs nessa conscientização, as campanhas de prevenção da doença deixaram de estampar a marca da exclusão e, na sua maioria, passaram a registrar a marca da solidariedade.

Figura 25 – Cartazes de campanha do ministério da saúde para o carnaval de 1997

Fonte: Brasil/MS, 1997.

O Dia Mundial de Luta contra a Aids – 1º de dezembro –, instituído pela Assembléia Geral das Nações Unidas em 1988, faz parte dessa estratégia. A cada ano, a data é celebrada com a divulgação de informações atualizadas sobre a prevenção da Aids e a assistência aos doentes. Nesse dia, são divulgadas mensagens de solidariedade em todos os países, e estimuladas a discussão e a ação entre pessoas não habitualmente confrontadas pela Aids, o que resulta em mais e maiores compromissos contra a pandemia.

Figura 26 – Cartaz do Dia Mundial de Luta contra a Aids, ministério da saúde – 1996

Fonte: Brasil/MS, 1996.

Se por um lado as imagens relativas às doenças prestam-se a torná-las públicas, por outro trazem, em sua forma e conteúdo, o significado valorativo das enfermidades. Não podemos pensar que esse significado seja uma representação unívoca, mas sim o resultado de uma multiplicidade de interesses e concepções morais, no próprio âmbito da produção das imagens. O Dr. Euclides Castilho, assessor do PNDST/Aids, do ministério da saúde, em 1996, dizia, a propósito, que gostaria de se esquivar cada vez que era chamado a participar de discussões sobre campanha de prevenção, explicando:

Eu não conheço teoria da comunicação (...) depende dos comunicólogos que vencem a licitação; há aqueles maniqueístas, para os quais só há o sim ou o não; há aqueles que tendem a ser mais discursivos; há ainda os que acham que campanha continuada vulgariza o tema, que ela deve sofrer soluções de continuidade (...). Se você me perguntasse aqui qual a situação mais dificultosa em relação a esse programa, eu diria: são as campanhas. Desde a licitação à escolha do tema, passando pelas instâncias de comunicação social do ministério; depois, o Planalto, o Palácio, que muda a política de veiculação quando muda o presidente – é uma coisa muito dificultosa (...). Fora a pressão de grupos religiosos e de grupos conservadores da sociedade, em especial da classe médica.[22]

Se para qualquer decisão de campanha concorre uma multiplicidade de interesses, o que dizer de uma campanha contra a Aids, doença que suscitou questões morais, religiosas, políticas, éticas, entre outras, por sua vinculação com a sexualidade, drogas ilícitas, sangue contaminado e morte?

Ao diferir de Castilho na forma, quando trata de uma formulação acadêmica para o uso da fotografia como fonte histórica, Mauad (1996:73) aproxima-se dele quanto ao conteúdo, ao ressaltar a existência de variados interesses na produção de um texto visual:

> Os textos visuais, inclusive a fotografia, são resultado de um jogo de expressão e conteúdo que envolvem, necessariamente, três componentes: o autor, o texto propriamente dito e um leitor. Cada um destes três elementos integra o resultado final, na medida em que todo produto cultural envolve um *locus* de produção e um produtor, que manipula técnicas e detém saberes específicos à sua atividade; um leitor ou destinatário, concebido como um sujeito transindividual, cujas respostas estão diretamente ligadas às programações sociais de comportamento do contexto histórico no qual se insere; e, por fim, um significado aceito socialmente como válido, resultante do trabalho de investimento de sentido.

Procuramos ver até aqui as representações da tuberculose e da Aids expressas na iconografia. Podemos perceber que o tema do contágio era um elemento forte nos modos de representação de ambas as doenças, contra as quais, por serem incuráveis, o único procedimento possível era a prevenção. Nesta medida, resta-nos examinar como os indivíduos diretamente envolvidos com a tuberculose e a Aids representam este tema em suas respectivas narrativas.

A Face Narrada da Doença

Na história da tuberculose, quase não aparecem os doentes – ressalvados os personagens fictícios de romance –, exceto como números que indicam a magnitude da doença pelas taxas de morbidade e mortalidade. No caso da Aids, porém, eles são visíveis, expondo-se na imprensa e na literatura autobiográfica. Por isso mesmo, os depoimentos orais e os textos autobiográficos dos doentes de tuberculose e de Aids, assim como os de pessoas envolvidas com uma e outra doença, quer profissionalmente, quer pela condição de familiares dos doentes, são fontes privilegiadas para percebermos suas representações.

O interesse aqui é aprofundar a representação que os doentes criam de si mesmos, entendendo por tal uma imagem matizada pelo fenômeno patológico, funda-se na pretensão de se apreender a representação social da doença como aquilo que resulta dos pensamentos e dos sentimentos de sujeitos sociais, doentes ou não, em relação a uma determinada coisa, no caso a própria doença.

As doenças aparecem como coisas vivas na medida em que contemplamos sua construção, explicitada na própria narrativa das fontes trabalhadas. Nos testemunhos dos doentes observa-se o aspecto confessional do discurso de quem teve de passar pelo processo intransferível da aceitação de si como doente, antes mesmo de jogar suas chances numa luta desigual e, de resto, imprevisível pelo bem da sobrevida.

Desde seu aparecimento no Brasil, a Aids vem provocando mudanças significativas nos costumes e na visão que a sociedade desenvolve do fenômeno patológico. Já é lugar comum associar a Aids à necessidade de um recrudescimento, principalmente na década de 80, de perspectivas conservadoras da sexualidade, isto é, como justificativa para o exacerbamento do conservadorismo.

Por outro lado, o estatuto do soropositivo ou doente de Aids vem conhecendo, desde as primeiras informações sobre a doença, um significativo trajeto de mutações. Da estigmatização a um relativo acolhimento por parte de alguns segmentos da sociedade, o doente assumiu diversas faces, despertou os mais variados sentimentos e colocou, ainda que involuntariamente, as mais inusitadas questões.

Da mesma forma, a experiência da tuberculose passou por mudanças. No seu início, o adoecimento aparecia impregnado pelo mito romântico e

pelos significados que dele emergiam. Mas o doente, como diz Herzlich & Pierret (1984), ao curso de meses e de anos foi, de alguma forma, invertendo o mito. De início, a aura romântica da doença fazia o indivíduo, principalmente no caso do artista, sentir-se diferenciado, envolto em algo abstrato, ligado à alma, o que lhe emprestava, inclusive, um certo charme. Ao saber que tinha os 'brônquios atacados', a jovem pintora Marie Bashkirtseff não se assusta com a idéia da morte:

> eu ficaria feliz de ter qualquer coisa de sério e de me acabar; eu não ousaria me matar, mas eu desejo me acabar (...) olha, me diverte esta posição de condenada ou quase. É uma postura, uma emoção, eu contenho um mistério, a morte me tocou com seu dedo. Há nisso um certo charme. (apud Herzlich, 1984: 59-60)

O estabelecimento da ordem burguesa como ideário que propunha a igualdade dos direitos, que não diferenciava *a priori* os indivíduos, conferiu à tuberculose um caráter de diferenciação. Segundo Pôrto (1997: 79),

> o corpo doente adquiria um aspecto aristocrático, ressaltando, por esse traço exterior, uma individualidade que não se confundia com o padrão mediano. Esta individualidade exibia orgulhosa os sintomas externos da doença, na medida em que estes mesmos sintomas equivaliam à prova inequívoca de sua singularidade num mundo que se tornava cada vez mais uniforme e prosaico.

Se a imagem doentia dos tísicos era invocada pelos românticos como um elemento positivo – sendo Fréderic Chopin representado, mesmo, um modelo de beleza do seu tempo, na palidez da cútis e no porte frágil de consuntivo –, a imagem da Aids, corporificada em Cazuza, com sua magreza esquálida, quase descarnada, foi assustadora para aqueles que se souberam soropositivos para o HIV. Como diz Simone Bezerra, "eu ainda tinha aquela visão do Cazuza me perseguindo, assim, terrivelmente".[23] O propósito de ganhar peso para evitar ficar com a 'cara do Cazuza' é recorrente entre os doentes de Aids: "(...) eu queria engordar um pouquinho. Eu, o meu cabelo (...) eu super vaidosa e tão feia, que eu estava! Ai, o meu cabelo! Eu estou tão feia, tão horrorosa! Queria ao menos melhorar o meu aspecto. Estou a própria aidética!".[24]

Com o tempo, a limitação imposta pela tuberculose, com a conseqüente degradação do corpo, passa a ser penosa. A doença, à medida que, aos poucos, vai interferindo na possibilidade de trabalho e criação, desperta em todos por ela acometidos um sentimento de ameaça à própria iden-

tidade. A própria Marie Bashkirtseff muda o discurso ao ver outra pintora em plena capacidade de produção artística:

> Breslau teve uma menção. Ela tem encomendas. Mme X..., que a protege bastante e em casa da qual conheceu os principais artistas, encomendou seu retrato para o próximo salão. Ela já vendeu 3 ou 4 coisas. E eu? E eu, eu sou doente do pulmão! (apud Herzlich & Pierret, 1984: 63)

"O doente não apenas reflete os sentimentos de uma época sobre a doença, ele também os elabora", diz Pôrto (1997). Dessa forma, ele também atua no deslocamento das concepções sobre as doenças. A visão romantizada da tuberculose que atravessou o século XIX concorre com a emergência da concepção dessa doença como mal social, a partir da segunda metade desse mesmo século.[25] Sontag (1984: 46), ao estudar as metáforas construídas a partir da experiência coletiva da tuberculose, observa:

> Embora houvesse uma certa reação contra o culto romântico da doença na segunda metade do século passado, a tuberculose conservou a maioria de seus atributos românticos – como sinal de uma natureza superior, como uma fragilidade que cai bem – através dos fins daquele século e até o nosso.

Manuel Bandeira, que se viu tuberculoso no alvorecer do século XX, mais exatamente em 1904, confirma essa mudança de concepção sobre a doença em um de seus escritos:

> Quando, aos dezoito anos, adoeci de tuberculose pulmonar, não foi à maneira romântica, com fastio e rosas na face pálida. A moléstia que não perdoava (naquele tempo não havia antibióticos) caiu sobre mim como uma machadada de Brucutu. Fiquei logo entre a vida e a morte. E fiquei esperando a morte. Mas ela não vinha (...) (apud Pôrto, 1997: 157)

Pouco a pouco, abandona-se totalmente a visão romântica do mal, e a doença dos pulmões passa a representar, dolorosa e assustadoramente, a degradação do enfermo, ponto de partida em direção à morte. E então não se fala nem em tísica, nem em tuberculose: "o senhor tem um ponto no pulmão, uma sombra no pulmão, uma fraqueza (...) e arranjavam vários eufemismos para a tuberculose".[26]

Agora, a tuberculose devia ser ocultada de todos. Era difícil uma família admitir ter um caso de tuberculose, 'embora todas tivessem': "na minha família havia verdadeiro pavor de tuberculose, a tal ponto que,

quando adoeci, tive que esconder da minha família que eu estava doente. Eu fui tratado, naquela ocasião, de *stress* (...)".[27]

Dr. Jayme Santos Neves, que se especializou em tisiologia na década de 1920, reafirma esse sentimento: "(...) a tuberculose era o pavor da época, porque a doença não tinha cura, não tinha tratamento... [o serviço de saúde] não tinha nada para fazer, não tinha ouro, não tinha nada". Segue, em seu depoimento, atestando o estigma que representava ser tuberculoso, dizendo: "o tuberculoso era temido: tem um caso de tuberculose ali, não vai lá não".[28]

Na opinião do Dr. José Silveira, o medo que a tuberculose causava naquela ocasião "era quase como o medo que se tem hoje da Aids",[29] o que é confirmado pelo testemunho de Dayse de Mello Agra, cujo filho morreu de Aids em 1987. No decurso da doença, a irmã dela deixou de freqüentar sua casa, o que fez Dayse acreditar que ela desconfiou do diagnóstico, apesar de ter dito aos familiares que a doença do filho era câncer.[30]

Apesar de o modelo biomédico conceber a doença como resultado de fatores eminentemente fisiopatológicos, o componente subjetivo da enfermidade no doente baseia-se na sua experiência interior da doença como problemática. Mas a construção do significado dessa experiência não é um processo individual puro, e sim, o resultado de representações sociais, isto é, de processos de definição e interpretação construídos intersubjetivamente, vale dizer, polifonicamente.

Nesse sentido, são fontes também importantes os textos autobiográficos de indivíduos que narram sua relação com a doença. Reinaldo Arenas, escritor cubano, em uma autobiografia que termina com sua 'condenação' – que ele apenas sugere ser um diagnóstico de Aids –, narra a vivência estigmatizada por posições políticas contrárias à ordem dominante em seu país e pelo homossexualismo. Depois de seguidas internações hospitalares, motivadas por complicações da Aids – informação contida apenas na introdução do livro –, cometeu suicídio, deixando escrito: "Devido ao meu precário estado de saúde e à terrível depressão emocional que me impossibilita de continuar a escrever e a lutar pela liberdade de Cuba, estou pondo fim à minha vida" (Arenas, 1995: 351).

Herbert Daniel, jornalista brasileiro, sentindo-se alvo do estigma e do preconceito face ao seu diagnóstico de Aids, escreveu 'Vida antes da Morte', um chamamento à solidariedade como alternativa à morte civil: "(...) num país como o nosso, lutar contra a Aids é ajudar a construir a cidadania de

uma maioria de explorados e oprimidos" (Daniel, 1989: 7). Segundo ele, é necessário ter força para enfrentar as doenças oportunistas possibilitadas pelo HIV, e essa força é dada com a idéia de que se está tão vivo quanto antes. Mas, para isso, o doente precisa dividir o medo com quem ama, assim como as esperanças, o gozo da melhora, os sentimentos relacionados à vida e à morte. Resumindo, 'é preciso continuar partilhando a vida'. É solidariamente, revelando as contradições e conflitos, que se poderá entender e neutralizar o avanço do vírus ideológico do pânico e dos preconceitos.

Harold Brodkey, escritor americano, por ocasião de sua primeira internação hospitalar, motivada em razão de uma pneumonia por *Pneumocystis*, reveladora de seu diagnóstico de Aids, anunciou: "Foi assim que terminou minha vida e começou minha agonia". Segue narrando essa sua experiência, refletindo intensamente sobre a vida e a morte:

> (...) tentar tocar para a frente, com Aids e tudo, viver com Aids mais um pouco, em vez de morrer da infecção de *Pneumocystis* logo de vez (...) tudo era sufocação, a sentença de morte, a democracia corrosiva e as ondas químicas de mal-estar e calor, de febre inebriante, a fermentação lenta porém persistente da doença dentro de mim". [31]

Esses documentos diferem entre si não só pelas particularidades dos depoentes como por sua própria natureza formal, guardando, entretanto, elementos comuns pelos quais se poderia classificá-los de autobiográficos e em grande parte memorialísticos.

Como reinterpretação de uma história pessoal, a autobiografia é uma narrativa que surge com a moderna história do Ocidente e seu corolário: o eu moderno,[32] entidade altamente psicologizada, capaz de reivindicar um espaço privado e que tem como um de seus direitos fundamentais a liberdade de optar e escolher.[33] Esse gênero de literatura possibilitou dar voz aos que viveram, pessoalmente, de dentro da epidemia de Aids, o peso dessa doença nova que, no seu início, altamente letal, expôs dolorosamente os limites da medicina contemporânea.[34]

Falar de doenças que estigmatizam, que forçam ao isolamento, à exclusão, e cujo desfecho, por falta de terapêutica eficaz, tende a ser fatal, implica pensar o indivíduo frente à solidão da morte e suas estratégias na busca de vínculos de pertencimento. Gilberto Velho (1987: 26), ao partir do pressuposto de que o indivíduo tem uma dimensão culturalmente construída que é acrescentada ao agente empírico, diz que "a existência de projetos individuais está vinculada a como, em contextos socioculturais específicos,

lida-se com a ambigüidade fragmentação-totalização". Dessa forma, o projeto individual nunca é 'puro', mas existe referido ao outro, ao social. Tomando Bernstein como referência, ressalta a:

> (...) forte variação quanto à ênfase e preocupação que é dedicada às peculiariedades, gostos, preferências, traços particulares dos agentes empíricos. Isso se associa não só a uma visão de mundo em que a noção de biografia é central, com uma concepção de tempo bastante definida, mas também a um *ethos*, um estilo de vida, uma organização das emoções em que a experiência do agente empírico sacralizada como individual é foco e referência básica. (Bernstein apud Velho, 1987: 26)

De todo modo, o projeto individual não é constituído exclusivamente pelo subjetivo: "(...) formula-se e é elaborado dentro de um campo de possibilidades, circunscrito histórica e culturalmente, tanto em termos da própria noção de indivíduo como dos temas, prioridades e paradigmas culturais existentes" (Velho, 1987: 27). E é nesse campo de possibilidades que se estabelece a rede de relações sociais cujos papéis independem da configuração de grupos ou classes sociais. Modelam-se como grupos de referência, aos quais os indivíduos se incorporam a partir de interesses comuns: "[E sua] estabilidade e continuidade dependerão de sua capacidade de estabelecer uma definição de realidade convincente, coerente e gratificante, isto é, de sua eficácia simbólica e política propriamente dita" (1987: 33).

Pollak (1990) reforça essa posição ao estudar os homossexuais e a Aids. O autor afirma que se o indivíduo, no processo de construção de sua nova identidade de doente, depara-se com a impossibilidade de estabelecer uma relação coerente entre a imagem que tem de si e aquela percebida pelos outros, volta-se para si mesmo e, nessa situação bloqueada, para uma tentativa de suicídio. É fundamental, para a estabilidade e o equilíbrio de uma pessoa, nesse processo, que haja coincidência entre a imagem que tem de si e a que dela tem o outro. Hervé Guibert (1995: 12) exemplifica claramente essa afirmação de Pollak ao dizer que:

> (...) gostaria de ter a força, o orgulho insensato, inclusive a generosidade de não contá-lo a ninguém, para deixar as amizades viverem livres como o ar, e descuidadas e eternas. Mas o que fazer quando se está esgotado, quando a doença chega a ameaçar a própria amizade? (...) tinha querido não dizê-lo a Edwige, mas senti desde o primeiro almoço de silêncio e de mentira, que isso a distanciava terrivelmente de mim e, se não tomássemos de imediato o caminho da verdade, logo se tornaria irremediavelmente tarde demais, assim eu lhe contei para continuar fiel.

A representação do Hervé 'aidético' é produto do sentimento de 'estar aidético', e esse sentimento agora é parte de sua identidade; por isso Hervé prossegue afirmando que tem: "(...) a impressão de só ter relações interessantes com as pessoas que sabem, tudo se tornou nulo e desmoronou, sem valor e sem sabor, em volta dessa notícia, onde ela não é tratada no dia-a-dia pela amizade (...)" (1995: 12).

Assim, o enfermo é aquele que, ao contrário dos profissionais da saúde, dos pesquisadores, constrói para si uma imagem da doença a partir da experiência da própria condição de doente. Esta condição, bem entendida, implica sentir medo, sofrer, ser tomado por um 'sentimento de urgência', de resto inteiramente desconhecido pelos outros. O doente é aquele que vivencia a inexorabilidade de seu mal. Mais do que isso: no caso do 'aidético', é aquele que experimenta a sensação de assumir pouco a pouco a imagem da Aids.

Mas o caráter lento de seu desenvolvimento faz da Aids uma oportunidade especial de se construir, em termos subjetivos, um 'tempo de morrer', tempo este que confere à própria morte um 'tempo de viver'. Como diz Hervé (1995: 100), a Aids agencia "o tempo de descobrir o tempo e de descobrir enfim a vida (...)".

Herbert Daniel, fundador do Grupo pela Vidda, disse em várias ocasiões que a solidariedade é a experiência que "nos evita de sermos UNS indiferentes e nos torna UM humano, ou humanidade". Defendia a idéia de que a solidariedade é a única arma capaz de gerar um modelo de compreensão da Aids, sem morte da consciência e superstições. Contra o modelo que transformou a morte em um sinônimo moral da Aids, há de se renovar a noção de cidadania dos que vivem com Aids.[35]

Esse foi o mecanismo pelo qual as ONGs atraíram os indivíduos. Enquanto o discurso médico afastou os indivíduos contaminados ou mesmo doentes, produzindo concepções estigmatizantes, fundadas numa moral conservadora, essas organizações atuaram no sentido oposto, ou seja, propunham aos infectados ou doentes uma relação solidária, fundamentada no reconhecimento e na valorização do outro, como testemunha Hibernon Costa Guerreiro:

> Até então, eu vivia com a minha Aids sozinho. Eu trabalhava, tinha a minha vida, me escondia de todo mundo, não havia necessidade de contar que achava que ia morrer. Aí, quando você começa a participar de um grupo de pessoas que vivem com a Aids, você passa a se integrar de novo na sociedade da qual você foi colocado para fora.[36]

Esse fragmento da entrevista de Hibernon reflete bem o sentimento de exclusão vivenciado pelo indivíduo acometido de uma doença carregada de significados socialmente negativos. Não era exatamente porque ele iria morrer, mas porque morreria de uma doença socialmente nociva, por seu caráter contagioso e denunciador de experiências transgressoras da ordem estabelecida.

Como foi possível observar, tuberculose e Aids caracterizam-se como imagens do mal na medida em que se constituem a partir de sentimentos, percepções, medos e expectativas conflitantes advindos de sua condição de doenças transmissíveis e incuráveis. Conceitos aparentemente objetivos, a transmissibilidade e a incurabilidade revelam-se, na verdade, como formas de representação das doenças na medida em que acionam mecanismos de defesa contra os doentes, revelando valores, normas e princípios sociais que estigmatizam os indivíduos por elas acometidos. Em contrapartida, os indivíduos doentes, por criarem estratégias de auto-reconhecimento na busca de sobreviver à morte decretada pelo outro, acabam também por contribuir para o processo de transformação dos significados desses mesmos males.

Podemos dizer que a tuberculose e a Aids representam campos de confrontação de percepções nos quais o que está em jogo é o modo como a sociedade, em tempos diversos, procura repensar e reconstruir sua própria imagem diante da emergência daquilo que surge como ameaça da desagregação e do fim.

Notas

[1] Essa construção remete ao conceito de formação social de Norbert Elias analisado por Chartier (1990: 93), em que "as relações existentes entre os sujeitos sociais se definem de maneira específica, e as dependências recíprocas que ligam os indivíduos uns aos outros engendram códigos e comportamentos originais".

[2] Os termos 'tuberculosos'e 'aidéticos' são usados aqui propositalmente, pois exprimem o peso do estigma.

[3] Trata-se da personagem tísica de *A Dama das Camélias*, romance de Alexandre Dumas Filho.

[4] Ver Carrara & Moraes (1995). Sobre a construção científica da Aids, ver Camargo Jr. (1994).

[5] Segundo a OMS, o número de casos registrados no mundo passou de 408 a 1.573 apenas em 1982; no ano seguinte era de 5.077, e de 12.174 no fim de 1984. No Brasil,

o número de casos em 1982 era de apenas 7, passando em junho de 1990 para 12.405. Segundo o ministério da saúde, em 2003, no Brasil, o número de casos acumulados é de 277.141. A distribuição das formas de transmissão é de: 42% para relações heterossexuais, 35% para relações homossexuais ou bissexuais e 23% por uso de drogas injetáveis. O número de casos de transmissão por transfusão sangüínea caiu para 0,1% do total de casos.

[6] Não estará em questão a programação visual, isto é, os elementos constitutivos da harmonia entre texto e imagem.

[7] *O Tupy - Folha Ilustrada*, nº 1, 22/6/1872.

[8] Termo tomado a Pedro Paulo Soares, que também analisou esta iconografia na Sessão Imagens da Revista *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 1(1): 127, jul.-out. 1994.

[9] A coleção dessa revista existe na biblioteca da Fundação Casa de Rui Barbosa. Dela constam todos os números de setembro de 1902 a dezembro de 1922, além de exemplares de 1934, 1935, 1937, 1942 e 1952.

[10] Ver mais sobre as repercussões da participação de Oswaldo Cruz no Congresso de Berlim, em Benchimol (1990a).

[11] A Liga Brasileira contra a tuberculose é objeto de análise no capítulo 2 deste livro.

[12] Esse era o discurso de alguns médicos da liga que realizavam conferências em fábricas para difundir medidas de prevenção contra a doença. Ver, por exemplo, Faria (1901).

[13] Ver relatório anual da LBCT, 1908.

[14] Sobre a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, órgão federal de combate à doença, com atuação basicamente na capital federal, ver capítulo 2 deste livro.

[15] Ver análise crítica da idéia de fotografia como realidade pura e simples em Mauad (1996).

[16] Críticas contundentes a essa campanha, bem como proposta de uma 'verdadeira' campanha, aparecem no *Boletim Especial Abia*, nº 2, abril 1988, p. 1-3 e 6.

[17] Ver capítulo 3 deste livro.

[18] *Isto É*, 28/8/1985, p. 44.

[19] *Isto É*, 28/8/1985, p. 44.

[20] Ver a análise do filmete veiculado pela televisão em Hildebrand (1995).

[21] Chama-se 'geração saúde' aos jovens que praticam esporte, não usam drogas e se alimentam adequadamente.

[22] Depoimento do Dr. Euclides Castilho à autora, *A Representação Social da Aids* (Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, fita 1, lado B, 1996).

[23] Depoimento de Simone Bezerra à autora, *A Representação Social da Aids* (Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, fita 2, lado B, 1998).

[24] Depoimento de Teresinha Duarte à autora, *A Representação Social da Aids* (Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, fita 4, lado B, 1998).

[25] Ver Pôrto (1997), especialmente o capítulo 3 da parte 1, em que a autora analisa a face romântica da tuberculose e a transformação desse modelo para o naturalista, com permanências da idéia romântica.

[26] Depoimento do Dr. Newton Bethlem, *Memória da Tuberculose* (Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, fita 1, lado A, 1990).

[27] Depoimento do Dr. Raphael de Paula Souza, *Memória da Tuberculose* (Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, fita 1, lado A, 1990).

[28] Depoimento do Dr. Jayme Santos Neves, *Memória da Tuberculose* (Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, fita 2, lado B, 1990).

[29] Depoimento do Dr. José Silveira, *Memória da Tuberculose* (Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, fita 2, lado B, 1990).

[30] Depoimento de Dayse de Mello Agra à autora, *A Representação Social da Aids* (Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, fita 3, lado A, 1997).

[31] "A trajetória de uma agonia". *Folha de S. Paulo*, 13/11/1994.

[32] Mauss (1973) é um dos autores que discutem a construção social da pessoa moderna: "quem sabe mesmo se esta categoria [a da pessoa], que todos nós, aqui, julgamos fundamentada, há de ser sempre reconhecida como tal? Ela foi formada por nós, entre nós."

[33] Ver Castro e Araújo (1987).

[34] Sobre a construção autobiográfica de um doente de Aids, ver Nascimento (1998).

[35] Ver *Boletins pela Vidda*, Rio de Janeiro, Grupo pela Vidda, 1989-1995.

[36] Depoimento de Hibernon Costa Guerreiro à autora, *A Representação Social da Aids* (Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz, fita 2, lado B, 1998).

Conclusão

Neste livro propus-me discutir tuberculose e Aids para além de sua conceituação biomédica; busquei apreender, na sua diversidade, as percepções médico-científicas, institucionais e sociais dessas doenças, e mostrar que, como representações de um mesmo fenômeno – a doença –, são construções nascidas de suas mútuas imbricações. Dito de outro modo, tomei essas entidades denominadas tuberculose e Aids para mostrar que sua realidade objetiva é efeito dialógico daquelas três instâncias discursivas.

Por se tratar de fenômenos patológicos diferentes, em dois tempos distintos, um olhar apressado tenderia a concluir que a tuberculose do início do século XX certamente nada teria a ver com a Aids do final do mesmo século. Com recortes temporais tão distantes pensar-se-ia que, em vista de tantas turbulências entre um período e outro, tais como guerras mundiais, revolução sexual, mudanças no campo político, ampliação e aprofundamento crescentes do campo científico com tantas aquisições tecnológicas, não enfrentaríamos hoje problemas que tivessem qualquer similitude com os do início do século XX. Mas, ao contrário, o estudo comparado, na medida em que estabelece similitudes e dissimilitudes em relação à tuberculose e à Aids, reafirma a necessidade de se levar em conta a polifonia discursiva para lidarmos com o tema da doença, do ponto de vista da representação social. O exame das formas de representação da tuberculose e da Aids permitiu a identificação de dois signos que, comuns a ambas, determinaram todo o seu processo de construção social: o tema do contágio e a incurabilidade.

Esses signos, reconhecidos e assumidos no âmbito da ciência, tornaram as duas doenças um problema coletivo à medida que o agente infeccioso nelas presente – podendo ser transferido de um indivíduo a outro de forma não seletiva –, caracterizaria uma situação de perigo social agravada pela incurabilidade, isto é, as enormes chances de o infectado vir a adoecer e morrer.

O estabelecimento desses dois traços distintivos pelo discurso científico, ao se difundir pelos canais de comunicação sob o manto de inúmeras versões, acaba por ser assumido socialmente nas mais diversas formas. A transmissibilidade e a incurabilidade, ao mesmo tempo em que demarcam os limites do conhecimento médico-científico, contribuem para a criação de uma experiência coletiva da doença marcada pela estigmatização do doente, pois este, como portador do agente infeccioso, passa metonimicamente a corporificar o próprio mal e conseqüentemente a morte.

Problemas coletivos, a tuberculose e a Aids tornam-se questões de interesse público e passam a requerer uma intervenção do Estado. Este reage, em cada caso, consoante uma maior ou menor permeabilidade de sua agenda política às questões engendradas na sociedade, em função de cada uma dessas doenças.

Por outro lado, em resposta ao medo e atitudes preconceituosas e estigmatizantes em relação aos 'tuberculosos' e 'aidéticos', organizar-se-ão grupos sociais comprometidos com o combate a essas doenças e às respectivas formas de sua percepção. Esses grupos, distintos quanto aos seus projetos políticos, ao buscarem envolver diferentes segmentos sociais e o Estado em um novo projeto de ação contra as doenças, ao estabelecerem como sua tarefa a recuperação da dimensão humana do doente – desconstruindo sua identificação com o fenômeno patológico – e ao promoverem a criação de instituições como a Liga Brasileira contra a Tuberculose, no início do século XX, e o Grupo pela Vidda, no final deste mesmo século, atuarão decisivamente na construção de uma outra mentalidade na abordagem das doenças.

Finalmente, procurei examinar a atuação dos sujeitos 'tuberculoso' e 'aidético' no jogo polifônico do qual emergem as diferentes representações sociais da tuberculose e da Aids. Pela análise de depoimentos orais ou literários, foi possível acompanhar a trajetória de construção de uma subjetividade explicitamente marcada ou não pela condição de infectado e de doente, em luta contra o mal 'objetivo', bem como contra sua caracterização objetiva como o mal.

Chamou a atenção o fato de, se por um lado entre os mais notáveis representantes dos acometidos pela tuberculose haver médicos que buscavam falar do mal do ponto de vista científico e se, por outro, haver entre os soropositivos para o HIV ou os já acometidos pela Aids, os que falavam do lugar exclusivo dos vitimados, freqüentemente críticos em relação ao discurso médico-científico dominante – em ambos os casos, poder-se notar que os signos do contágio e da incurabilidade não justificariam a estigmatização e, no limite, a morte social.

Um estudo comparativo das duas grandes pestes do século XX, na perspectiva de seus processos como construções polifônicas e tendo em vista que essas construções se consubstanciam em representações sociais desses mesmos fenômenos patológicos, mostra que, a par da transitoriedade de toda representação, sem o olhar crítico ou, dito de outro modo, sem a reencenação crítica dos embates dialógicos dos agentes sociais, não é possível uma intervenção concreta de prevenção destas ou de quaisquer outras doenças, entre elas, talvez, a pior: a estigmatização social.

Referências Bibliográficas

FONTES

▪ ANAIS

Academia Nacional de Medicina, 1898, 1923.

4º Congresso Médico Latino-Americano, 1909.

1º Congresso Nacional dos Práticos, 1922.

2º Congresso Pan-Americano de Tuberculose, 1929.

▪ DEPOIMENTOS ORAIS

Acervos de Arquivo Sonoro, COC/Fiocruz

Assistência Médica da Previdência Social, 1980.

Memória da Tuberculose, 1993.

A Representação Social da Aids, 1998.

▪ DOCUMENTOS E PUBLICAÇÕES OFICIAIS

ALMEIDA, F. G. B. Exposição de motivos em 1906. In: BARBOSA, P. Os serviços de saúde pública: 1808-1907. FALCÃO, E. C. (Org.) *Oswaldo Cruz Monumenta Histórica*. São Paulo, 1978. Tomo IV, pt.1. 6v. (Série Brasileira Documenta)

BRASIL. Câmara dos Deputados. Mensagens Presidenciais (1890-1930). Centro de Documentação e Informação: coordenação de publicações. *Documentos Parlamentares*, Brasília, nº 9, 67, 68, 71, 83, 125, 126 e 127, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. *Vacinas contra HIV/Aids*, Brasília: PNDST/Aids, 1994 (Série Cadernos Técnicos I)

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). CNDST/Aids. *Sobre Valores e Fatos: a experiência de ONGs que trabalham com Aids no Brasil*. Brasília, 1997.

BRASIL. Direção Geral de Saúde Pública (DGSP). *Conselhos ao Povo: meios de evitar a tuberculose*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1903.

BRASIL. Direção Geral de Saúde Pública (DGSP). *Relatório da Diretoria Geral de Saúde Pública em 1895*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1896.

BRASIL. Direção Geral de Saúde Pública (DGSP). *Relatório da Diretoria Geral de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1913.

BRASIL. *Consolidação e posturas municipais*. Rio de Janeiro, 1906, 2ª parte (Legislação Distrital).

BRASIL. *Índice de Legislação Sanitária Federal (1889-1959)*. Rio de Janeiro, 1961.

BRASIL. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (PNDST/Aids), *Boletim Epidemiológico - Aids*, ano 11, nº 2, mar.-maio, 1998.

BRASIL. Serviço Nacional de Tuberculose (SNT). *Atividades do Serviço Nacional de Tuberculose: programas e realizações*. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Educação Sanitária/MES, 1945.

BRASIL. Decreto 99.244, de 10/5/90.

BRASIL. Decreto 5.156, de 8/3/1904.

BRASIL. Decreto 14.189, de 16/5/1920.

BRASIL. Decreto 16.300, de 31/12/1923.

BRASIL. Decreto 24.438, de 21/6/1934.

BRASIL. Decreto 24.814, de 14/7/1934.

BRASIL. Portaria SCM-174, de 29/9/1938.

BRASIL. Portaria Ministerial 542, de 22/12/1986.

BRASIL. Portaria Ministerial 101, de 10/3/1987.

CRUZ, O. Representação ao Presidente da República acerca da tuberculose em 8 de abril de 1907. In: BARBOSA, P. Os serviços de saúde pública: 1808-1907. FALCÃO, E. C.

(Org.) *Oswaldo Cruz Monumenta Historica*, São Paulo, 1978. v.6. t. IV. parte 1. (Série Brasileira Documenta)

LIGA BRASILEIRA CONTRA A TUBERCULOSE (LBCT). *Estatutos da Liga Brasileira contra a Tuberculose Referentes aos Anos de 1900, 1901 e 1907*. Rio de Janeiro: Typ. do Instituto Profissional.

LIGA BRASILEIRA CONTRA A TUBERCULOSE (LBCT). *Relatórios da Liga Brasileira contra a Tuberculose no período de 1901 a 1911*. Rio de Janeiro: Typ. do Jornal do Commercio.

VENTURA DA SILVA, M. *Legislação sobre DST e Aids no Brasil*. Brasília: Coordenação Geral do PNDST/Aids, 1995.

TESES E DISSERTAÇÕES

ASSUMPÇÃO, L. L. *A Invenção das ONGs: do serviço invisível à profissão sem nome*, 1993. Doutorado, Rio de Janeiro: Museu Nacional/UFRJ.

ASSUMPÇÃO, L. L. *Para Além do Mercado e do Estado? Filantropia e cidadania no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Superior de Estudos da Religião, 1993. (Série Texto de Pesquisa).

BERTOLLI FILHO, C. *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso 1900-1950*, 1993. Doutorado, São Paulo: Universidade de São Paulo.

BODSTEIN, R. C. A. *Condições de Saúde e Prática Sanitária no Rio de Janeiro: 1890-1934*, 1984. Mestrado, Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense.

CASTRO SANTOS, L. A. de. *Power, Ideology and Public Health: 1889-1930*, 1987. Doutorado, Cambridge: Harvard University.

CZERESNIA, D. *Do Contágio à Transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*, 1996. Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

HILDEBRAND, L. *Comunicação Oficial Brasileira sobre Aids: um percurso sobre as linhas e entrelinhas da telinha da tevê*. 1995. Doutorado, São Paulo: Escola de Comunicação e Artes/Universidade de São Paulo.

NASCIMENTO, D. R. *Tuberculose, de Questão Pública à Questão de Estado: a Liga Brasileira contra a Tuberculose*, 1992. Mestrado, Rio de Janeiro: IMS/Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

PORTELA, J. A. S. *Relações ONGs e Estado: o caso da Abia*, 1997. Mestrado, Niterói: Universidade Federal Fluminense.

PÔRTO, A. *A Vida Inteira que Podia Ter Sido e que Não Foi: trajetória de um poeta tísico*, 1997. Doutorado, Rio de Janeiro: IMS/Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

SANTOS, S. S. C. H. dos. *Entre o Heroísmo e a Cidadania (O "Fórum Brasileiro de ONGs e movimentos sociais para o meio ambiente e o desenvolvimento", a sociedade civil e o Estado: um estudo de caso sobre o exercício da cidadania pelos segmentos intelectualizados das classes médias brasileiras)*, 1994. Doutorado, Rio de Janeiro: Iuperj.

LIVROS E ARTIGOS

ABREU, C. F. *Triângulo das Águas*. 2.ed. São Paulo: Siciliano, 1991.

ABREU, M. Exame sistemático pela roentgenfotografia na profilaxia da tuberculose. *Revista Brasileira de Tuberculose*, 8(56): 43-62, 1938.

ALTMAN, D. *Poder e Comunidade: respostas organizacionais e culturais à Aids*, Rio de Janeiro: Abia/IMS-Uerj/Relume Dumará, 1995. *História Social da Aids* nº 5. (Trad. Hugo S. Melo)

ARENAS, R. *Antes que Anoiteça*. 2.ed. Rio de Janeiro: Record, 1995. (Trad. Irene Cubric)

ARIÈS, P. *História da Morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975. (Trad. Priscila Vianna Siqueira)

ARIÈS, P. *O Homem Diante da Morte*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982. 2v. (Trad. Luiza Ribeiro)

ARMUS, D. Salud y anarquismo: la tuberculosis en el discurso libertário argentino, 1890-1940. In: LOBATO, M. Z. (Org.) *Política, Médicos y Enfermidades*. Argentina: Editorial Biblos, 1995.

AUGÉ, M. & HERZLICH, C. *Le Sens du Mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Archives Contemporaines, 1986.

BALEN, A. D. J. *Disciplina e Controle da Sociedade*. São Paulo: Cortez, 1983.

BARBOSA, P. *Um Plano de Combate à Tuberculose na Cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Typ. Besnard Frères, 1917.

BARRETO, J. B. *Tratado de Higiene*. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1949. v2.

BASTOS, C. A pesquisa médica, a Sida e as clivagens da ordem mundial: uma proposta de antropologia da ciência. *Análise Social*, 32(140): 57-111, 1997.

BENCHIMOL, J. L. (Coord.) *Manguinhos do Sonho à Vida: a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, 1990a.

BENCHIMOL, J. L. (Coord.) *Pereira Passos, um Haussman Tropical: a renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX*. Rio de Janeiro: SMCTT, 1990b.

BERLINGUER, G. *Medicina e Política*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1978.

BERTOLLI FILHO, C. História social do tuberculoso: perspectivas documentais. *Cadernos de História e Saúde*, 2: 22-25, 1992.

BLACK, D. *The Plague Years: a chronicle of Aids, the epidemic of our times*. Nova York: Simon and Schuster, 1986.

BOUTIER, J. & JULIA, D. (Orgs.) *Passados Recompostos: campos e canteiros da história*. Rio de Janeiro: UFRJ/FGV, 1998. (Trads. Marcella Mortara e Anamaria Skinner)

BRANDT, A. M. *No Magic Bullet: a social history of veneral disease in the United States since 1880*. Nova York: Oxford University Press, 1985.

BRITO, N. La dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro, *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 4(1): 11-30, jun. 1997.

BURKE, P. (Org.) *A Escrita da História: novas perspectivas*. São Paulo: Unesp, 1992. (Trad. Magda Lopes)

CAMARGO JR., K. R. de. *As Ciências da Aids e a Aids das Ciências: o discurso médico e a construção da Aids*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Abia/Uerj, 1994.

CAMARGO Jr., K. R. de. Aids e a Aids das ciências. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 1(1): 35-60, jul.-out. 1994.

CAMUS, A. *La Peste*. Paris: Gallimard, 1947.

CARDOSO, C. F. & VAINFAS, R. (Orgs.) *Domínios da História: ensaios de teoria e metodologia*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

CARRARA, S. & MORAES, C. Um mal de folhetim. *Cadernos do IMS*, 1(2): 79-94, mai.-jun. 1987.

CARRARA, S. & MORAES, C. Um vírus só não faz doença. *Comunicações do Iser*, 4 (17): 5-19, dez. 1995.

CARRARA, S. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.

CARVALHO, B. *Mortalidade da Tuberculose no Rio de Janeiro.* Rio de Janeiro: Typ. do Jornal do Commercio, 1904.

CARVALHO, B. O estado sanitário do Rio de Janeiro em 1903. *Brasil-Médico*, 18 (23): 232-236, 1904.

CARVALHO, J. M. *Os Bestializados: o Rio de Janeiro e a república que não houve.* São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CASTRO SANTOS, L. A. In: MORAES, C. et al. (Orgs.) Os anos 80: a politização do sangue. *Physis: revista de saúde coletiva*, 1(2): 107-149, 1992.

CASTRO, E. D. V. & ARAÚJO, R. B. de. Romeu e Julieta e a origem do Estado moderno. In: VELHO, G. (Org.) *Arte e Sociedade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

CHARTIER, R. *A História Cultural entre Práticas e Representações*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990. (Trad. Maria Manuela Galhardo)

CHIAVENATO, J. J. *A Morte: uma abordagem sócio-cultural.* São Paulo: Moderna, 1998.

COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

COSTA, N. R. *Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1985.

CUETO, M. *El Regresso de las Epidemias*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 1997.

DA MATTA, R. *A Casa e a Rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil.* São Paulo: Brasiliense, 1985.

DANIEL, H. & PARKER, R. *Aids, a 3ª Epidemia: ensaios e tentativas*, São Paulo: Iglu, 1991.

DANIEL, H. *Vida antes da Morte*. Rio de Janeiro: Jabuti, 1989.

DEFOE, D. *Um Diário do Ano da Peste*. Porto Alegre: L&PM, 1987. (Trad. Eduardo San Martim)

DELAPORTE, F. *Le Savoir de la Maladie: éssai sur le choléra de 1832 à Paris*. Paris: Puf, 1990.

DELUMEAU, J. *O Medo no Ocidente (1300-1800)*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 1989. (Trad. Maria Lucia Machado)

DIAS, E. *História das Lutas Sociais no Brasil*. 2.ed. São Paulo: Alfa Ômega, 1977.

EDMUNDO, L. *O Rio de Janeiro do Meu Tempo*. Rio de Janeiro: Xenon, 1987.

ELIAS, N. *A Solidão dos Moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 2001.

ELIAS, N. *O Processo Civilizador: uma história dos costumes*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990. (Trad. Ruy Jungmannn)

ENGELS, F. Contribuición al problema de la vivienda. *Obras Escogidas de Marx y Engels*. Madri, Tomo I, Fundamentos, 1975a.

ENGELS, F. *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra*. Lisboa: Presença/Martins Fontes, 1975b. (Trads. Conceição Jardim e Eduardo Lúcio Nogueira)

FARIA, R. *A Luta contra a Tuberculose*. Rio de Janeiro: Typ. Besnard Frères, 1901. (Conferência realizada na Fábrica Aliança)

FERRARI, A. Atividades do dispensário Azevedo Lima. *Relatório da Liga Brasileira contra a Tuberculose*, 1908.

FERRARI, A. Profilaxia da tuberculose. *Revista Médico-Cirúrgica do Brasil*, 1912. (Conferência em 18 de março de 1912 na Fábrica Luz Stearica) v.20.

FLECK, L. *La Génesis y el Desarrollo de un Hecho Científico: introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento*. Madri: Alianza Editorial, 1986. (Versão espanhola de Luis Meana)

FONTENELLE, J. P. & BARRETO, B. *Salubridade das Habitações Coletivas no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: *Revista dos Tribunais*, 1918.

FONTENELLE, J. P. Higiene e saúde pública. *Dicionário Histórico, Geográfico e Etnográfico do Brasil*. Rio de Janeiro. IHGB, 1922. v1.

FONTENELLE, J. P. As doenças transmissíveis no Rio de Janeiro, *Folha Médica*. Rio de Janeiro, ano 18, 35: 592.

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense, 1977a. (Trad. Roberto Machado)

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 1977b. (Trad. Lígia M. Condé Vassalo)

FRAENKEL. Relatório do Crongresso para a Luta contra a Tuberculose. *Brasil-Médico*, 13 (35): 342-343, 1899.

FREITAS, C. Liga Brasileira contra a Tuberculose. *Brasil-Médico*, 37(14): 332-333, out. 1900.

FRITSCH, L. A. de. Palavras ao vento: a urbanização do Rio Imperial. *Revista do Rio de Janeiro*, ano 1, 3: 75-85, mai.-ago., 1986.

FURTADO, C. *Formação Econômica do Brasil*. 21.ed. São Paulo: Nacional, 1986.

GERHADT. Relatório do Congresso para a Luta contra a Tuberculose. *Brasil-Médico*, ano 13, 29, 1899.

GINZBURG, C. *A Micro-história e Outros Ensaios*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. (Trad. Antônio Narino)

GRMEK, M. Déclin et émergence des maladies. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 2(2): 9-32, jul.-out., 1995a.

GRMEK, M. O enigma do aparecimento da Aids. *Estudos Avançados*, 9(42): 229-239, 1995b. (Trad. Jean Briant)

GRMEK, M. *Histoire du Sida: début et origine d'une pandémie actuelle*. Paris: Payot, 1989.

GUANABARA, A. *Discursos fora da Câmara*. Rio de Janeiro: Livraria Editora, 1911.

GUIBERT, H. *Para um Amigo que não me Salvou a Vida*. 3.ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995. (Trad. Mariza Campos da Paz)

GUILLAUME, P. *Ou Dèsespoir ou Salut: les tuberculeux aux 19e et 20e siècles*. Paris: Aubier, 1986. (Collection Historique)

HERZLICH C. & PIERRET, J. *Malades d'Hier, Malades d'Aujourd'Hui: de la mort collective au devoir de guérison*. Paris: Payot, 1984.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis: revista de saúde coletiva*, 1(2): 23-34, 1991. (Trad. Marilena Cordeiro D. V. Corrêa)

HERZLICH, C. *Os Encargos da Morte*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 1993 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 52). (Trad. Jane Dutra Sayd)

HERZLICH, C. Uma doença no espaço público. *Physis: revista de saúde coletiva*, 2(1): 7-36, 1992. (Trad. Cláudia Corbisier)

HOCHMAN, G. *A Era do Saneamento*. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998.

IMHOF, A. E. Demografia histórica. In: NEVES, A. A. B & GERTZ, R. E. (Orgs.) *A Nova História Alemã*. Porto Alegre: UFRGS/ Instituto Goethe/ ICBA. 1987. (Trad. René E. Gertz)

KOHLER. Relatório do Congresso para a Luta contra a Tuberculose. *Brasil-Médico*, ano XIII, 29: 283-284, 1899.

LANDOUZY. A tuberculose, moléstia popular: propagação e profilaxia. *Brasil-Médico*, ano XIV, 47: 419-420, 1900.

LE GOFF, J. *A História Nova*. São Paulo: Martins Fontes, 1990. (Trad. Eduardo Brandão)

LE GOFF, J. História. *Enciclopédia Einaudi*. Memória – História, Lisboa, Imprensa Nacional/Casa da Moeda, 1984a. (Trad. Irene Ferreira). v1.

LE GOFF, J. Documento e monumento. *Enciclopédia Einaudi*. Memória/História. Lisboa: Imprensa Nacional/Casa da Moeda, 1984b. (Trad. Suzane Ferreira Borges) v1.

LE GOFF, J. Uma história dramática. *As Doenças Têm História*. Lisboa: Terramar, 1985. (Trad. Laurinda Bom)

LIMA, A. Contribuição ao histórico da luta contra a tuberculose no Brasil. *Brasil-Médico*, ano 19, (23): 221-224, jul. 1905.

LIMA, N. T. *Um Sertão Chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: Revan/Iuperj/Ucam, 1999.

LINEBAUGH, P. The tyburn riot against the surgeons. *Albion's Fatal Tree*. Londres: Penguim Books.

LUZ, M. T. *Medicina e Ordem Política Brasileira: política e instituições de saúde (1880-1950)*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MACHADO, R. et al. *A Danação da Norma*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MANN, T. *A Montanha Mágica*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984. (Trad. Herbert Caro)

MANSFIELD, K. *Diário e Cartas*. Rio de Janeiro: Revan, 1996. (Trad. Julieta Cupertino)

MARTINS, R. de A. *Contágio: história da prevenção das doenças transmissíveis*. São Paulo: Moderna, 1997.

MAUAD, A. M. Através da imagem: fotografia e história. *Tempo*. 1(2): 73-98, dez., 1996. (Departamento de História, Universidade Federal Fluminense)

MAUSS, M. Une catégorie de l'esprit humain: la notion de personne, celle de moi. *Sociologie et Anthropologie*. Paris: PUF, 1973.

McNEILL, W. H. *Plagues and Peoples*. Nova York: Doubleday, 1976.

MELLO, J. M. C. *O Capitalismo Tardio*. 6.ed. São Paulo: Brasiliense, 1978.

NASCIMENTO, A. A propósito da notificação dos casos de moléstias contagiosas. *Brasil-Médico*, ano 16, (1): 5-6, 1902.

NASCIMENTO, D. R. A construção de si: uma narrativa em torno da experiência da Aids. *Revista de História Regional*, 3(2), 1998. (Departamento de História – Universidade Estadual de Ponta Grossa)

NASCIMENTO, D. R. A face visível da Aids. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, mar.-jun., 1997. v4.

NASCIMENTO, D. R. *Liga Brasileira contra a Tuberculose: um século de luta*. Rio de Janeiro: Quadratim, 2002. (Fundação Ataulpho de Paiva)

NAVA, P. Capítulos da história da medicina no Brasil, *Revista Médico-Cirúrgica do Brasil*, 11 (1): 3-32, 1949.

NEVES, L. A. Cidadania: dilemas e perspectivas na República brasileira. *Tempo, Rio de Janeiro, UFF*, 1997. v4.

OLIVEIRA, D. M. *Conferência Realizada na Fábrica Bangu*. Rio de Janeiro: Typ. Ribeiro, Macedo & Cia., 1902.

OLIVEIRA, I. A. R. *Crise do Welfare ou Estado Providencial: uma leitura de François Ewald*. Rio de Janeiro: IEI/UFRJ, 1988. (Texto para Discussão, 182)

PAIVA, A. *Justiça e Assistência: os novos horizontes*. Rio de Janeiro: Typ. do Jornal do Commércio de Rodrigues & Co., 1916.

PARKER, R. *A Construção da Solidariedade: Aids, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: Abia/IMS/Uerj/Relume Dumará, 1994.

PARSONS, T. *The Social System*. Londres: Routledge & Kegan, 1951.

PITANGA, G. A Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose (9 anos de trabalho). *Arquivos de Higiene*, 4(2): 223-264, 1930.

POLLAK, M. *Os Homossexuais e a Aids: sociologia de uma epidemia*. São Paulo: Estação Liberdade, 1990. (Trad. Paula Rosas)

PORTER, R. História do corpo. In: BURKE, P. (Org). *A Escrita da História: novas perspectivas*. São Paulo: USP, 1992.

PORTOCARRERO, V. Pasteur e a microbiologia. *Revista da Sociedade Brasileira de História da Ciência*, (5): 69-81, 1991.

REIS, J. J. *A Morte é uma Festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

REVEL, J. & PETER, J. O corpo: o homem doente e sua história. In: LE GOFF, J. & NORA, P. (Orgs.) *História: novos objetos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976. (Trad. Terezinha Marinho)

RIBEIRO, L. *A Luta Contra a Tuberculose no Brasil: apontamentos para sua história*. Rio de Janeiro: Sul-Americana, 1956.

RIBEIRO, L. *Fundação Ataulpho de Paiva - Liga Brasileira contra a Tuberculose: notas e documentos para a sua história*. Rio de Janeiro: s/n, 1985.

ROSENBERG, C. *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine*. Cambridge: University Press, 1992.

SANTOS FILHO, L. C. *História da Medicina no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1947.

SCLIAR, M. *Do Mágico ao Social: a trajetória da Saúde Pública*. Porto Alegre: L&PM, 1987.

SEIDL, C. Luta antituberculosa. *Revista Médico-Cirúrgica do Brasil*, 20: 423-439, 1912. (2ª Conferência da Liga Brasileira contra a Tuberculose)

SEIDL, C. Profilaxia da tuberculose. *Brasil-Médico*, 6(24): 7-56, fev. 1910. (Relatório apresentado ao IV Congresso Médico Latino Americano)

SENDRAIL, M. *Histoire Culturelle de la Maladie*. Toulouse: Privat, 1980.

SILVA, S. *Expansão Cafeeira e Origens da Indústria no Brasil*. São Paulo: Alfa-Ômega, 1976.

SODRÉ, A. II Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia (1889). *Brasil-Médico*, 19 (23), 1905.

SODRÉ, A. Luta antituberculosa. *Revista Médico-Cirúrgica*, 20, 1912. (Conferência da Liga Brasileira contra a Tuberculose em 11 de outubro de 1913)

SOLIS, S. S. F. In: ANTUNES, G. et al. *Assistência Médica no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Finep/SBI-CMSB, 1982. (Relatório de pesquisa do Centro de Memória Social Brasileira). (Mimeo.)

SONTAG, S. *A Doença como Metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984. (Trad. Márcio Ramalho)

SONTAG, S. *Aids e suas Metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989. (Trad. Paulo Henrique Brito)

SOUZA, H. As ONGs na década de 90. *Comunicações do Iser*, 10(41): 5-10, 1991.

STÉPHANI, J. *Guia do Tuberculoso e do Predisposto*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1933. (Trad. Ribeiro Couto)

TOPALOV, C. A invenção do desemprego. *Dados*, 3(33): 379-416, 1990.

TRONCA, I. *As Máscaras do Medo: lepra e Aids*. Campinas: Editora da Unicamp, 2000.

VELHO, G. *Individualismo e Cultura*. 2.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

VOVELLE, M. *Ideologias e Mentalidades*. São Paulo: Brasiliense, 1987. (Trad. Maria Júlia Goldwasser)

WAKSMAN, S. A., *A Vitória Sobre a Tuberculose: de Hipócrates à estreptomicina*. São Paulo: Cultrix, 1966. (Trad. Leônidas Hegengerg e Octany Silveira Mota)

WHITE, K. The sociology of health and illness, *Current Sociology*, 39(2): 1-12, 1991.

Índice Onomástico

Outros Títulos da Coleção História e Saúde

"A Hora da Eugenia": raça, gênero e nação na América Latina
Nancy Leys Stepan. 2005.

Textos Hipocráticos: o doente, o médico e a doença
Henrique F. Cairus e Wilson A. Ribeiro Jr.. (Clássicos e Fontes), 2005.

Cuidar, Controlar, Curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe
Gilberto Hochman e Diego Armus (Orgs.). 2004.

Visões do Feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX
Ana Paula Vosne Martins. 2004.

A Arte de Enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX
Fabíola Rohden. 2003

Um Lugar para a Ciência: a formação do campus de Manguinhos
Benedito Tadeu de Oliveira (Coord.). Renato da Gama-Rosa Costa, Alexandre José de Souza Pessoa. 2003.

A Recepção do Darwinismo no Brasil
Bertol Domingues, Magali Romero Sá e Thomas Glick (Orgs.). 2003.

Espaços da Ciência no Brasil: 1800 – 1930
Maria Amélia M Dantes (Org.) 2001.

Ser Médico no Brasil: o presente no passado
André de Faria Pereira Neto. 2001.

Coleção *História e Saúde*

Publica trabalhos originais e reedita estudos clássicos relacionados à história da saúde pública, da medicina e das ciências da vida. Esta coleção acolhe autores estrangeiros que desejam ver seus trabalhos editados em língua portuguesa, mas visa principalmente a divulgar e estimular a produção acadêmica de boa qualidade que vem se expandindo nas universidades e instituições de pesquisa do Brasil. De vocação interdisciplinar, a *Coleção História e Saúde* quer fortalecer o campo da história das ciências e da saúde em nosso país, promovendo investigações que contribuam para a compreensão do presente e do passado e a incorporação de metodologias em consonância com o sopro renovador da historiografia contemporânea. Os editores responsáveis e os autores da coleção convidam o leitor a participar do fértil diálogo que este domínio de Clio mantém com áreas vizinhas das ciências humanas e com diferentes ciências da natureza, cada vez mais sensíveis à reflexão historiográfica.

85-7541-052-0